

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 201101755-/KJJ
Saksbehandler: AGRES
Vår ref.: 11/4557
Dato: 05.10.2011

Svar på høring - Samhandlingsreformen - Forslag til forskriftsendring og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Vedlagt følger Helsedirektoratets høringssvar på forslag til forskriftsendring og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Vennlig hilsen

Toril Lahnstein e.f.
divisjonsdirektør

Anne Grethe Slåtten
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg:

Høringssvar fra Helsedirektoratet

Høringssvar fra Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet - Høring – Samhandlingsreformen - Forslag til forskriftsendring og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratets hovedsynspunkter	1
Merknader til de enkelte kapitler i høringsdokumentet.....	3
Til kapittel 3 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter...3	
Til kapittel 4 Forskrift om kommunal medfinansiering.....	13
Til kapittel 5 Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften	17
Til kapittel 6 Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser	19
Til kapittel 7 Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	20
Til kapittel 8 Helsepersonellovens anvendelse.....	22
Til kapittel 9 Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m.	24
Til kapittel 10 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.....	26
Til kapittel 11 Andre forslag.....	31
Øvrige bemerkninger.....	35

HELSEDIREKTORATETS HOVEDSYNSPUNKTER

Helsedirektoratet støtter i hovedsak den bakenforliggende analysen som høringsnotatet gir uttrykk for, og mener at samhandlingsreformen er i en viktig og riktig utvikling.

Forskriftene vil være et viktig virkemiddel for å kunne gjennomføre samhandlingsreformen, og for å sikre samhandlingsreformens målsetninger. Det er således viktig at departementet bruker de styringsmulighetene som ligger i dette verktøyet, og at de samlede styringssignalene peker i samme retning. Med mange nye oppgaver for kommunene blir det særlig viktig at lov og forskrift innebærer en reell garanti for at alle landets borgere får tilgang til et godt tjenestetilbud.

Helse- og omsorgstjenesteloven gir kommunene et sørge-for ansvar som er ment å skulle tilsvare reguleringsformen som gjelder for spesialisthelsetjenesten. En vesentlig forskjell mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er imidlertid at mens staten har gode styringsverktøy overfor spesialisthelsetjenesten (eierstyring), reguleres kommunehelsetjenesten i hovedsak av lov og forskrift. Denne forskjellen er det ikke i tilstrekkelig grad tatt høyde for i helse- og omsorgstjenesteloven, og direktoratet er usikre på om loven gir gode nok styringsmuligheter overfor kommunene. Vi forstår at mange er opptatt av å finne gode lokale løsninger, og har tillit til at kommunene ivaretar dette ansvaret godt. Samtidig er helsetjenesten en sterkt kunnskapsbasert virksomhet, og det er en

forventning at denne kunnskapen skal komme pasienter og befolkning til gode uavhengig av hvor i landet man bor. Med bakgrunn i dette mener Helsedirektoratet det er helt nødvendig med en forskrift som stiller kvalitets og funksjonskrav til tjenestene. Dette muliggjør nødvendig statlig styring av den kommunale helse – og omsorgstjenesten, slik at det kan sikres tilstrekkelig likeverdige tjenester og at man tar i bruk kunnskapsbasert praksis overfor hele befolkningen. Dette vil også bidra til rett dimensjonering av tjenesten, herunder nødvendig personellkompetanse og tilstrekkelige ressurser til å utføre oppgavene. Dette er etter direktoratets syn avgjørende for å sikre at profesjonsnøytralitet ikke medfører et dårligere tjenestetilbud i kommunene.

Departementet legger opp til en evaluering av loven, herunder å se på om manglende profesjonsangivelse har medført at kommunene velger å ansette personer uten nødvendig fagkompetanse. *”Dersom evalueringen skulle bekrefte en slik utvikling, vil departementet vurdere egnede tiltak.”(sitat høringsnotatet s 99)*

Helsedirektoratet er glad for at departementet vil følge utviklingen nøye, men vil likevel sterkt tilråde å forskriftsfeste kvalitets og funksjonskrav til tjenestene.

I forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, er formålet å regulere en betalingsordning mellom kommuner og regionale helseforetak knyttet til pasienter som defineres som utskrivningsklare. Hovedprinsippene som er fulgt i forskriftsutkastet synes å understøtte dette formålet på en god måte, ved at det defineres prosessuelle og andre vilkår for at en pasient skal kunne kategoriseres som utskrivningsklar, og at det isolert fra dette tydeliggjøres hvorledes betaling skal beregnes m.v. Imidlertid mener vi det vil være hensiktsmessig å tydeliggjøre forholdet mellom innholdet i § 6 og §§ 3,4 og 5. I direktoratets vurdering av forskriftsforslaget har vi særlig sett på hva som vil være hensiktsmessig innretning av de prosessuelle kravene vedrørende samhandling mellom sykehus og kommune forut for at en pasient kan defineres som utskrivningsklar. Vi mener det er viktig at slike prosesskrav er tydelige for at kommunenes betalingsplikt ikke skal fremstå som urimelig. Selv om det prinsipielt kunne tenkes å utelate prosesskrav fra forskriften, og heller vise til nytt lovpålegg om avtalte rutiner for samhandling omkring utskrivningsklare pasienter, finner vi det hensiktsmessig at grunnleggende krav ligger nedfelt i forskriften. Ellers risikeres at partene i praksis kan avtale seg bort fra betalingsordningen, eller at den tiltenkte insentivvirkningen får vesentlig forskjellig kraft avhengig av hvilke samarbeidsrutiner som etableres lokalt.

Det er også av vesentlig betydning at de prosesskrav som etableres harmonerer med det som regnes som god samhandlingspraksis i dag, at reglene ikke virker unødvendig byråkratiserende, og at det minimerer risiko for uenighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om grunnlaget for betaling.

Ifølge § 8 i forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, kan det kreves dokumentasjon på lovlig opphold for å få nødvendig helsehjelp ut over de begrensede rettighetene som følger av prioriteringsforskriften §§ 3 - 5. Helsedirektoratet vil advare mot å innføre en slik dokumentasjonsplikt overfor helsetjenesten. Krav om dokumentasjon kan skape en uheldig forvirring for pasient og bruker omkring roller og oppgaver mellom utlendingsmyndighetene og helsemyndighetene. Frykt for at helsetjenesten skal

handle på vegne av utlendingsmyndighetene kan føre til at personer uten lovlig opphold ikke oppsøker tjenester som de trenger og har rett til. Å skulle kreve slik dokumentasjon for å kunne yte helsehjelp, vil også sette helsepersonell i en vanskelig situasjon med tanke på deres yrkesetiske regler

MERKNADER TIL DE ENKELTE KAPITLER I HØRINGSdokUMENTET

Til kapittel 3 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Generelt

Forskriftens hovedformål er å regulere en betalingsordning mellom kommuner og regionale helseforetak knyttet til pasienter som defineres som utskrivningsklare, men som i påvente av et tilstrekkelig behandlings- og omsorgstilbud i kommunen fremdeles må være innlagt i sykehusavdeling. Hovedprinsippene som er fulgt i forskriftsutkastet synes å understøtte dette formålet på en god måte, ved at det defineres prosessuelle og andre vilkår for at en pasient skal kunne kategoriseres som utskrivningsklar, og at det isolert fra dette tydeliggjøres hvorledes betaling skal beregnes m.v. Imidlertid mener vi det vil være hensiktsmessig å tydeliggjøre forholdet mellom innholdet i § 6 og §§ 3,4 og 5. I den forbindelse velger vi i uttalelsen her først å kommentere innretningen av § 6, siden det er den som ligger nærmest opp til endepunktet for formålet med forskriften. § 6 legger dessuten noen føringer for hvorledes §§ 3, 4 og 5 bør innrettes. Nåværende rekkefølge bestemmelsene i mellom kan uansett bevares i endelig forskrift.

I direktoratets vurdering av forskriftsforslaget har vi særlig sett på hva som vil være hensiktsmessig innretning av de prosessuelle kravene vedrørende samhandling mellom sykehus og kommune forut for at en pasient kan defineres som utskrivningsklar. Vi mener det er viktig at slike prosesskrav er tydelige for at kommunenes betalingsplikt ikke skal fremstå som urimelig.

Selv om det prinsipielt kunne tenkes å utelate prosesskrav fra forskriften, og heller vise til nytt lovpålegg om avtalte rutiner for samhandling omkring utskrivningsklare pasienter, finner vi det hensiktsmessig at grunnleggende krav ligger nedfelt i forskriften. Ellers risikeres at partene i praksis kan avtale seg bort fra betalingsordningen, eller at den tiltenkte insentivvirkningen får vesentlig forskjellig kraft avhengig av hvilke samarbeidsrutiner som etableres lokalt.

Det er også av vesentlig betydning at de prosesskrav som etableres harmonerer med det som regnes som god samhandlingspraksis i dag, at reglene ikke virker unødvendig byråkratiserende, og at det minimerer risiko for uenighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om grunnlaget for betaling.

Direktoratet vil også påpeke noen nødvendige endringer som følge av tidligere gitt forslag om et todelt oppgjørssystem for Kommunal medfinansiering og betalingsordningen.

Egen formålsparagraf

I forslaget er det ikke definert noe formål med forskriften. Dette fremgår kun av omtalen. Vi anbefaler at formålet med ordningen beskrives i forskriftsteksten.

Vi bemerker at en forutsetning for god samhandling er at det etableres gode arenaer der de tre partene (pasienten, sykehus og kommunehelsetjenesten) kan spille på lag. Samhandlingsreformen skal sikre brukerne rett tilbud på rett nivå i helsetjenesten. Forutsetningen for dette er forutsigbarhet for pasient / bruker og tjenesteyterne. Dette bør komme frem i en formålsbestemmelse i forskriften, i tillegg til den tiltenkte insentivvirkningen av ordningen.

Ad § 1 Virkeområde

Vi anbefaler tekstendring i tredje ledd: "Private opptreningsinstitusjoner" bør erstattes med "Private rehabiliteringsinstitusjoner" slik at nyere begrepsbruk gjenspeiles i forskriften.

Vi legger for øvrig til grunn at avgrensningen er sammenfallende med avgrensningen for virkeområdet til ISF-ordningen.

Ad § 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

Tittelen er misvisende ved at den indikerer at bestemmelsen kun dreier seg om på hvilket tidspunkt gjennomføring av betaling skal finne sted, og hvilken rapporteringsplikt som knyttes til dette. Men bestemmelsen regulerer mest hvorledes grunnlaget for beregning av betaling skal telles. Konkret dreier dette seg om å fastslå antall liggedøgn der pasienten er utskrivningsklar, fordi det er antallet slike liggedøgn som sammen med fastsatt døgnpris avgjør betalingens størrelse (jf. § 2).

Paragrafen vurderes å være uhensiktsmessig kompleks fordi den regulerer mange ulike forhold som for klarhetens skyld burde være splittet i ulike bestemmelser. For å bøte på dette, foreslås paragrafen splittet i tre, med respektive hovedinnhold:

- a) Vilkår for å tilordne status "utskrivningsklar" til en pasient.
- b) Registrering og rapportering
- c) Regel for beregning av liggedøgn kommunen er betalingspliktig for.

Om ny § 6a (Om vilkårene for når en pasient faktisk regnes som utskrivningsklar)

Den nye § 6a bør ta utgangspunkt i vilkårene listet i forslagets § 6, første ledd. Hensikten med det nye forslaget er å tydeliggjøre de faktiske vilkårene for at den datatekniske registreringen av "utskrivningsklar" kan finne sted. Det er av stor betydning at dette er uomtvistelig definert, ettersom det er disse konkrete dataregistreringene som må benyttes som grunnlag for betalingsberegningene og som grunnlag for rapporteringen til Norsk pasientregister.

En blandet begrepsbruk bidrar til at misforståelser kan oppstå. Dette gjelder i denne forbindelse særlig ordet "utskrivningsklar" som dels viser til når en pasient ut fra medisinske kriterier er utskrivningsklar (jf. forslagets § 4, første ledd), og dels viser til når kombinasjonen av medisinske og prosessuelle vilkår er oppfylt. Det anbefales derfor at det i både denne og andre paragrafer skilles mellom "medisinsk utskrivningsklar" og "utskrivningsklar", der sistnevnte forbeholdes tilfellene der de samlede vilkårene er oppfylt, ikke bare de medisinske. Se også omtalen av hvorledes begrepet "medisinsk utskrivningsklar" må forstås i tilknytning til § 4 senere i teksten.

Forslag til ny § 6a, første ledd:

§ 6a Vilkår for når en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar fra og med den dato [alle] følgende vilkår er oppfylt:

- a) Kommunen er tidligere under innleggelsen varslet om potensielt oppfølgingsbehov for pasienten ved utskrivelse, jf. § 3.*
- b) Pasienten er vurdert å være medisinsk utskrivningsklar, jf. § 4, første ledd.*
- c) Kommunen har mottatt melding om at pasienten er medisinsk utskrivningsklar, jf. § 4, andre ledd.*
- d) Kommunen har gitt tilbakemelding til sykehuset om sin anledning til å ta imot pasienten, jf. § 5, første ledd.*

Vi vurderer at ovennevnte vil være robust nok til å håndtere flertallet av aktuelle tilfeller. Det vil imidlertid kunne oppstå mange situasjoner der vilkårene a-d er oppfylt for en pasient, men der endringer i klinisk status hos pasienten i påvente av et kommunalt tilbud gjør at vilkår b ikke lenger er oppfylt. Vi anbefaler derfor at paragrafen suppleres med et nytt ledd for å håndtere disse unntakstilfellene. Først gis en nærmere begrunnelse.

Dersom den kliniske statusen til en pasient endres, slik at vedkommende ikke lenger kan betraktes som medisinsk utskrivningsklar, vil det kunne oppstå en uklarhet om hvor mange dager kommunen skal betale for. Dersom pasienten pådrar seg for eksempel en sykehusinfeksjon i utskrivningsklarperioden i påvente av et kommunalt tilbud, og pasienten av den grunn igjen har behov for sykehusbehandling, kan det hevdes at kommunen uansett burde betale for de ekstra liggedøgnene dette medfører. Dersom pasienten imidlertid får ny sykdom som ikke med rimelighet kan regnes som komplikasjon til unødvendig langt opphold i sykehuset, fremstår det mindre klart at kommunen skal betale ordinær døgnpris for det forlengede oppholdet. I praksis vil det kliniske bildet oftest være sammensatt, og det vil være krevende å oppnå et enhetlig system for å skille mellom situasjoner med ny innsykning der kommunen skal betale og ikke.

Man kan tenke seg et system der sykehusene ikke bare registrerer dato for utskrivningsklarhet, men også eventuelt tidspunkt for når ny innsykning inntreffer, og eventuelt nytt tidspunkt for utskrivningsklarhet etter dette. Et slikt system ville kunne gi muligheter for en detaljert telling av liggedager der pasienter har vært utskrivningsklare, men vil kreve omlegging av eksisterende datasystemer i sykehusene i tillegg til å forutsette mer registreringsarbeid enn forventet nytteverdi kan forsvare. For nasjonale formål vil dette også forutsette endringer i innrapporteringsystemet til Norsk pasientregister. Omfanget av slike endringer tilsier at implementering fra og med 2012 uansett ikke vil være realistisk.

Ovennevnte problemstilling bør håndteres på en enkel måte ved innføring, og så bør det være en del av oppfølgingsarbeidet å vurdere hvorvidt det er behov for nyansering av reglene over tid. Det legges til grunn at sannsynligheten for at kommuner vil spekulere i at utskrivningsklare pasienter før eller siden igjen innsykner hvis de blir værende i sykehus, for på den måten å unndra seg betalingsplikt, er liten.

Vi anbefaler at en kommune kun skal være betalingspliktig for avslutningen av et sykehusopphold der pasienten har status utskrivningsklar sammenhengende frem mot utskrivelsestidspunktet. Dette bør gjelde selv om det har vært en eller flere innskutte perioder under sykehusoppholdet der pasienten har vært utskrivningsklar, og uavhengig av årsak til at pasientens status har endret seg underveis. Vi presiserer at ovenstående også harmonerer med prinsippene som er lagt til grunn ved telling av liggedøgn som grunnlag for varslede endringer i statsbudsjettet.

Siste ledd i forslaget § 4 omhandler krav til dokumentasjon av at vilkårene for utskrivningsklarhet er oppfylt. Med den noe endrede struktur vi foreslår, vil det være naturlig å justere innretningen av det eksplisitte dokumentasjonskravet. Vi foreslår at dette i stedet knyttes opp til bestemmelsen her. Det legges uansett til grunn at vurderingene som finner sted i tilknytning til §§ 3, 4 og 5 må journalføres i henhold til alminnelige dokumentasjonskrav.

Forslag til ny § 6a (første og andre ledd):

§ 6a Vilkår for når en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar fra og med den dato [alle] følgende vilkår er oppfylt:

- a) Kommunen er tidligere under innleggelsen varslet om potensielt oppfølgingsbehov for pasienten ved utskrivelse, jf. § 3.*
- b) Pasienten er vurdert å være medisinsk utskrivningsklar, jf. § 4, første ledd.*
- c) Kommunen har mottatt melding om at pasienten er medisinsk utskrivningsklar, jf. § 4, andre ledd.*
- d) Kommunen har gitt tilbakemelding til sykehuset om sin anledning til å ta imot pasienten, jf. § 5, første ledd.*

Dersom en pasient ikke lenger vurderes å være medisinsk utskrivningsklar etter at vilkårene i første ledd har vært oppfylt tidligere under samme sykehusopphold, er pasienten ikke lenger utskrivningsklar. Kommunen skal gis melding om dette uten ugrunnet opphold. Pasienten er da igjen utskrivningsklar først på det tidspunkt vilkårene i første ledd er oppfylt, herunder med nye prosessstrinn knyttet til varsling.

Det skal dokumenteres i pasientjournalen når vilkårene i første ledd er oppfylt. Eventuelle endringer skal dokumenteres tilsvarende, jf. andre ledd.

Om ny § 6b (Om registrering, rapportering og dokumentasjon)

Registreringskrav i sykehusenes PAS/EPJ - systemer må knyttes direkte opp mot vilkårene i § 6a. Dette følger samme prinsipp som andre ledd i forslaget til § 6 i høringsnotatet.

Bestemmelsen må innrettes slik at risiko for feil i endelige registrerte opplysninger reduseres, og slik at det blir best mulig grunnlag for samsvar mellom sykehusenes registreringer hva som blir datagrunnlaget i Norskpasientregister. Det er ikke et én-til-én forhold mellom hva som registreres i PAS/EPJ - systemene og hva som rapporteres, og forskriften må ta høyde for dette.

Sykehusene må ha rutiner som sikrer at de datoverdier som blir stående i PAS/EPJ - systemet, faktisk reflekterer tidspunktet da pasienten var utskrivningsklar, bedømt ved det samlede oppholdets slutt. Ulikheter mellom forutsetningene i sykehusenes forskjellige datasystemer gjør det lite hensiktsmessig å detaljregulere hvorledes selve registrerings- og eventuelt endringsprosessen skal være. I stedet må forskriften tydeliggjøre hva som er forutsatt å bli stående av opplysninger som grunnlag for beregninger knyttet til betalingsordningen og for rapportering til Norsk pasientregister.

Det legges uansett til grunn at det med utgangspunkt i gjeldende bestemmelser i NPR-forskriften kan gis nærmere retningslinjer om hvorledes rapporteringskravet skal oppfylles, herunder når et sykehusopphold består av flere avdelingsopphold, eller når endringer i utskrivningsklarstatus finner sted som følge av endringer i klinisk status hos pasienten underveis i forløpet. Andre ledd i forslaget under er utformet med sikte på at det skal være klart hva som er målet med rapporteringen, men samtidig under forutsetning om at det må kunne gis nærmere retningslinjer for å kunne ta hensyn til spesielle forhold og unntakssituasjoner.

Forslag til ny § 6b:

§ 6b Krav til registrering og rapportering av opplysninger

Når en innlagt pasient er utskrivningsklar etter bestemmelsene i § 6a, skal dette registreres i virksomhetens PAS/EPJ-system slik at det fremgår fra hvilken dato vilkårene var oppfylt.

Tilsvarende opplysning som nevnt i første ledd skal rapporteres til Norsk pasientregister på en slik måte at det kan avgjøres ut fra rapporterte data på hvilket tidspunkt pasienten var utskrivningsklar.

Om ny § 6c (Beregning av antall liggedøgn kommunen er betalingspliktig for)

Utformingen av bestemmelsen her vil følge av de vurderingene som er knyttet til §§ 6a og 6b. Hensikten er å oppnå så robust fastsettelse av dato for utskrivningsklarhet at slik datoverdi kan benyttes mer eller mindre mekanisk som grunnlag for telling av liggedøgn og beregning av kommunens betalingsplikt knyttet til det enkelte opphold. Dette er av stor betydning for å oppnå et enkelt og effektivt system for beregning av de endelige økonomiske størrelsene. Dette enkelhetsprinsippet er like viktig uavhengig av om beregningene skal gjennomføres lokalt i sykehusene eller sentralt basert på data rapportert til Norsk pasientregister. Prinsippet er særlig viktig når det er en målsetning med samsvar mellom lokalt og sentralt beregnede størrelser.

Det legges til grunn at det på grunnlag av § 6a og § 6b vil være fastsatt hvilken dato pasienten var utskrivningsklar. I tillegg vil det ved oppholdets avslutning foreligge registrering av sluttdato for sykehusoppholdet. Tidsdifferansen mellom dato for utskrivningsklar og dato for utskrivelse vil målt i antall dager utgjøre antallet døgn som kommunen er betalingspliktig for, jf § 2.

Forslag til ny § 6c

§ 6c Beregning av antall liggedøgn kommunen er betalingspliktig for

Antall liggedøgn kommunen etter § 2 er betalingspliktig for, beregnes på bakgrunn av tidsdifferansen målt i dager mellom dato for utskrivning og dato for oppfyllelse av vilkår for utskrivningsklarhet, jf. §§ 6a og 6b.

Om § 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling

Etter bestemmelsens andre ledd gjøres det til en hovedregel at spesialisthelsetjenesten innen 24 timer etter innleggelse skal varsle kommunen om:

- Innleggelsen, antatt status og forløp, og forventet utskrivningstidspunkt.
- Om pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten.

Prinsippet om et slikt tidlig varsel, som innledning til dialog mellom sykehus og kommune, er i tråd med god praksis i dag. Men i løpet av 24 timer vil sykehuset oftest i liten grad kunne si noe eksakt om antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, slik det er forutsatt i forslaget. Dette 24-timersvarselet bør derfor defineres som en "foreløpig informasjon om..." og at man i dialogen frem mot utskrivningstidspunktet angir dette nærmere, jf. bokstav b). Meldingen om at en pasient med et forventet oppfølgingsbehov er innlagt i sykehus vil være startpunktet for en samhandling frem mot utskrivningsklar dato. Formålet må være å skape best mulig forutsigbarhet slik at kommunene kan planlegge mottak av pasient. Vi anbefaler at nevnte forhold medfører omformulering av paragrafens andre ledd og eventuelt også endret tittel.

Det er ikke formulert et tilsvarende gjensidig krav til kommunen om å kontakte sykehuset etter mottatt melding. Forskriften må innrettes slik at det i tidsperioden fra kommunen mottar melding og til pasienten meldes utskrivningsklar, sikres et gjensidig forpliktende samarbeid og utveksling av nødvendig informasjon mellom nivåene. Vi vektlegger da at kommunen ofte vil ha informasjon om pasienten som kan være av stor betydning for oppfølgingen og vurderingene som skal finne sted i spesialisthelsetjenesten.

Et krav til respons fra kommunens side som nevnt over kan innlemmes i paragrafteksten som et nytt siste ledd. Det må i den forbindelse være gjennomtenkt hvorledes varsling til kommunen i helger eller på helligdager skal håndteres. Dersom det forventes at kommunen skal kunne gi tilbakemelding og supplerende informasjon straks, kan konsekvensen bli at tilbakemeldingen får begrenset verdi i en del situasjoner, fordi kommunen ikke alltid vil være i stand til å fremskaffe nødvendige opplysninger umiddelbart. Kommunen bør derfor gis en viss frist for å melde tilbake om at varsel er mottatt, og til å melde tilbake opplysninger om pasientens eksisterende omsorgstilbud m.v. Vi foreslår at fristen ikke fastsettes eksakt, men at dette formuleres som "uten ugrunnet opphold". Tanken bak dette må være å gi kommunen noe tid til å samle relevant informasjon og til å gi en respons. Det forutsettes ikke at kommunen må ha en kontinuerlig beredskap for å håndtere slike varsler umiddelbart. Så lenge tidspunktet for kommunens tilbakemelding ikke gis oppsettende virkning for når pasienten til slutt kan defineres som utskrivningsklar, vil ikke sen tilbakemelding fra kommunens side svekke insentivvirkningen av ordningen.

Det er i andre ledd foreslått en tidsfrist på 24 timer etter innleggelse for å gi første varsel til kommunen. Unntak fra dette tidskravet er angitt i tredje ledd. Direktoratet finner at unntaksbestemmelsen bør endres noe for å kunne fange opp alle vanlige scenarioer ved innleggelse av pasienter i sykehus, og for å bidra til at

den meldingsutveksling som pålegges å finne sted mellom tjenestenivåene er av reell verdi for pasienten. Dersom tidskravene blir for strenge, kan dette medføre at det i den tidligste fasen blir utvekslet meldinger om flere pasienter enn strengt nødvendig. I tillegg vil innholdet i meldingene hyppig blir så usikkert at nytteverdien av meldingene vil kunne være begrenset.

I forslaget til unntak fra 24-timersregelen (i § 3 fjerde ledd) er det oppstilt kumulative vilkår for at hovedregelen om varsel innen 24 timer kan fravikes, slik at unntaket kun gjelder når:

- det antas å være behov for omfattende og langvarig behandling i spesialisthelsetjenesten, og
- det ikke er mulig å foreta vurderingene etter andre ledd innen 24 timer

Direktoratet mener det kan finnes pasienter som ikke nødvendigvis trenger omfattende og langvarig behandling, men hvor det likevel ikke er mulig å foreta vurderingene etter andre ledd innen 24 timer. Eksempelvis vil eldre pasienter med akutt infeksjon ofte kunne ha et svært uklart sykdomsbilde, dominert av stort akutt funksjonstap, uten at spesifikke symptomer er fremtredende. Diagnostikk av slike pasienter kan være krevende i startfasen, samtidig som riktig behandling ofte kan gi betydelig funksjonsforbedring i løpet av kort tid. I slike tilfeller vil det ikke alltid være hensiktsmessig innen 24 timer å ta stilling til forventet oppfølgingsbehov i kommunen ved utskrivelse, m.v.

Bruken av kumulative vilkår bør på bakgrunn av ovenstående endres til separate vilkår.

Forslag til endret § 3

§ 3 Vurdering, foreløpig varsling og tilbakemelding

Når en pasient legges inn i spesialisthelsetjenesten, skal det gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Dersom det antas å ville være behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utskrivelse fra sykehuset, skal sykehuset gi kommunen et foreløpig varsel om dette. Varslet skal inneholde foreløpige vurderinger av antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

Varselet etter andre ledd skal gis av sykehuset innen 24 timer etter innleggelse. Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling i spesialisthelsetjenesten, eller det på grunn av pasientens medisinske tilstand ikke er mulig å foreta vurderingene etter første og andre ledd innen 24 timer, skal vurderingene foretas og kommunene varsles så snart det lar seg gjøre.

Kommunen skal uten ugrunnet opphold gi sykehuset tilbakemelding vedrørende varselet etter andre ledd, herunder med bekreftelse på mottak av melding og opplysninger om pasientens eksisterende omsorgstilbud når sykehuset har etterspurt dette.

Om § 4 Vilkår for at en pasient ansees som utskrivningsklar

Det vises også til omtalen av forslaget § 6, der vi har synliggjort behovet for å skille mellom når pasienten på den ene side er *medisinsk utskrivningsklar*, og på den andre siden *utskrivningsklar* også ut fra andre kriterier. Paragraf 4 bør innrettes slik at den regulerer når en pasient er medisinsk utskrivningsklar, og hvorledes dette skal varsles til kommunen. Dette krever i utgangspunktet ikke vesentlige justeringer av paragrafens oppbygning slik den er foreslått, men departementet bør vurdere nærmere om det skal angis et minimum av momenter som skal inngå ved vurderingene. Vi presiserer at begrepet *medisinsk utskrivningsklar* her bør forstås i en vid forstand slik at både pasientens eget perspektiv og et tverrfaglig perspektiv ivaretas gjennom vurderingene som skal finne sted.

Formuleringen av første ledd er ikke helt samsvarende med den definisjon som er valgt i innledningen av kapittel 3 i høringsnotatet, der det står: *"En pasient er utskrivningsklar fra sykehus når videre behandling og oppfølging av pasienten ikke lenger forutsetter innleggelse i spesialisthelsetjenesten."* Vi anbefaler at forskriftsteksten tilpasses denne formuleringen, fordi den bedre enn nåværende tekst får frem at det ikke er noe vilkår at behandling og oppfølging må være endelig avsluttet for at en pasient skal kunne være utskrivningsklar medisinsk sett.

Forslaget innebærer gjennom paragrafens første ledd at det er lege i spesialisthelsetjenesten som avgjør når en pasient er utskrivningsklar. Avgjørelsen tas av lege i spesialisthelsetjenesten, etter en individuell medisinskfaglig vurdering av at pasienten ikke lenger har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Forenklingen som dette innebærer sammenlignet med § 3 i gjeldende forskrift, har mange styrker, men innebærer også noen utfordringer.

De gjeldende vilkårene er formulert slik i eksisterende forskrift § 3:

En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

- 1. problemstillingen(e) ved innleggelse slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,*
- 2. øvrige problemstillinger som har fremkommet skal i hovedregel være avklart,*
- 3. dersom man avstår fra å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,*
- 4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten*
- 5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,*
- 6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.*

Ved å eliminere slike vilkår økes spesialisthelsetjenestens definisjonsmakt noe. Likeverdighet i partsforholdet er understreket i lovens forarbeider og reflekteres blant annet i kapittel 6 om "Plikt til samhandlingsavtaler." Likeverdighetsprinsippet tilsier at den ene part ikke må gis for stor frihet til å avgjøre hvor eget ansvar slutter og hvor den andre parts ansvar begynner. Samtidig vil spesialisthelsetjenesten være bundet av krav nedfelt i både spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven ved vurdering av hvorvidt utskrivelse fra sykehuset kan finne

sted, jf. omtalen i høringsnotatet s. 20. Prioriteringskriteriene som vektlegges i disse lovene, tilstandens alvorlighet, nytten av potensielle tiltak og om kostnadene står i et rimelig forhold til tiltaket er sentrale i forhold til en helhetlig vurdering også når pasienten skal vurderes som medisinsk utskrivningsklar. Vi anser at helsepersonelloven § 6 om ressursutnyttelse også bidrar til å begrense spesialisthelsetjenestens frihetsgrader ved de individuelle medisinskfaglige vurderingene som skal finne sted. Forenklingshensyn kan dermed tilsi at en opplisting av konkrete vurderingskriterier ikke bør inngå i forskriften fordi reglene fremgår av annet regelverk. Samtidig vil slik opplisting kunne bidra til enhetlig praksis med hensyn til hvilke vurderinger som ligger til grunn for å avgjøre om en pasient er medisinsk utskrivningsklar.

Vi anbefaler at departementet innlemmer vurderingskriteriene fra eksisterende forskrift, men at disse moderniseres noe i tråd med endringene i helselovgivningen som har funnet sted etter at de opprinnelige kriteriene ble utarbeidet. Blant annet bør hensyntagen til pasientens perspektiv synliggjøres som et vurderingskriterium. For punkt 4. bør det presiseres i tekst eller merknader at planen for videre oppfølging skal være basert på samarbeid med kommunen. Et nytt punkt i listen bør omtale involveringen av pasient eller pårørende i vurderingene som finner sted. Merknad til forskriften bør i tillegg eksplisitt angi hvilke krav i tidligere nevnte lover som setter rammer for spesialisthelsetjenestens vurderinger.

Vi anbefaler at departementet i den videre vurderingen av ovenstående særlig vektlegger partenes syn på hva som vil være hensiktsmessig, ettersom deres syn på dette i særlig grad sier noe om hva som vil være nyttig med tanke operasjonaliseringen av ordningen.

Vi anser at en innlemming av faste vurderingskriterier ikke vil påvirke den insentivmessige effekten av ordningen i vesentlig grad.

Forslag til endret § 4

§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som medisinsk utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at videre behandling og oppfølging av pasienten ikke lenger forutsetter innleggelse i sykehuset. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinskfaglig vurdering.

Følgende momenter skal tas hensyn til som ledd i vurderingen etter første ledd:

[Punktliste som revidert utgave av liste i eksisterende forskrift, jf. omtalen tidligere i teksten.]

Når en pasient er definert utskrivningsklar, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt tilbud.

Spesialisthelsetjenesten kan ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud til vedkommende pasient, jf. § 5 andre ledd.

Om § 7 Krav på redegjørelse

Vi ser denne bestemmelsen i særlig relasjon til hvilken spesifisering kommunene skal kunne få av grunnlaget for betalinger som finner sted, og hvilke opplysninger som konkret kan følge med i tilknytning til en faktura. Vi viser her til vurderinger i direktoratets utredning av mulige oppgjørsløsninger knyttet til Betaling for utskrivningsklare pasienter, overlevert 29.6.2011 til Helse- og omsorgsdepartementet.

Vi legger til grunn at spesialisthelsetjenestens taushetsplikt innebærer at en spesifisering av betalingsgrunnlaget som vedlegg til faktura som hovedregel ikke kan inneholde aktuelle personopplysninger. Kommunenes kontrollbehov kan ivaretas for eksempel gjennom at fakturaene inneholder henvisning til løpenummer for de varsler og meldinger som er sendt. På den måten vil kommunens ansatte som har deltatt i den konkrete samhandlingen om pasientene, og som fra før kjenner meldingenes innhold, kunne bidra til godkjenning av aktuelle betalingskrav.

Vi vurderer at bestemmelsene i § 7 klarere må skilles fra hvilke opplysninger kommunen kan forvente å få i forbindelse med vurdering av aktuelle betalingskrav. Retten til redegjørelse må spesifiseres å gjelde i forbindelse med den kliniske samhandlingen når denne faktisk finner sted og er til nytte for pasienten. En rett til redegjørelse og utlevering av opplysninger i ettertid, etter at opplysningene ikke lenger vil kunne være av betydning for hvorledes pasienten følges opp klinisk, må etter vårt syn begrunnes noe nærmere enn gjennom foreliggende tekst i høringsnotatet.

Om § 9 administrasjon av ordningen

Vi viser her til direktoratets utredning av mulige oppgjørsløsninger knyttet til Betaling for utskrivningsklare pasienter, overlevert 29.6.2011 til Helse- og omsorgsdepartementet. Det følger av anbefalingene i rapporten der at § 9 bør endres.

Det må fremgå at det er de regionale helseforetakene som gjennom sine underliggende virksomhet har ansvar for å beregne antall utskrivningsklare liggedøgn og på dette grunnlaget fakturere de respektive kommunene. Det vil være de regionale helseforetakene som bestemmer om det er de selv eller underliggende virksomheter som skal være ansvarlige for fakturering og for mottak av betaling for kommunene. Det konkrete ansvaret for utarbeidelse av grunnlaget for faktureringen (telling av liggedøgn med status utskrivningsklar per opphold, jf. § 6), vil uansett tilligge virksomheten som har hatt pasienten innlagt og som har stått for samhandlingen med kommunen.

Helsedirektoratets ansvar for forvaltning av ordningen bør fortsatt fremgå direkte av forskriftsteksten. Oppgaver som bør spesifiseres er beregninger og fremstilling av de økonomiske konsekvensene av ordningen, som styringsinformasjon på ulike nivåer og som grunnlag for den statlige oppfølgingen av ordningen.

Til kapittel 4 Forskrift om kommunal medfinansiering

Egen formålsparagraf

Forskriften beskriver ikke formålet med ordningen. Vi anbefaler en egen formålsparagraf for å tydeliggjøre intensjonen med ordningen.

Formål og intensjon er omtalt i høringsnotatet, i forarbeidene til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov og i andre tidligere sentrale dokumenter knyttet til samhandlingsreformen. Nyanseforskjeller i formuleringene over tid bidrar imidlertid til å utydeliggjøre budskapet. Det vil være en styrke for gjennomføringen av ordningen at formålet fremgår av selve forskriftsteksten. Dette vil være viktig for all kommunikasjon om ordningen, både med tanke på implementering, oppfølging og videre utvikling.

Vi anbefaler at departementet tar utgangspunkt i formuleringen av intensjonen på s. 31 i høringsnotatet:

"Intensjonen med både denne forskriften og forskrift om utskrivningsklare pasienter er imidlertid at kommunene skal få et insentiv til over tid å bygge ut kostnadseffektive tilbud i kommunene som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud til pasienter som i dag er på sykehus."

Formuleringen i forskriften bør imidlertid også tydelig vektlegge forebyggingsaspektet, samt stimulansen ordningen gir kommunene til samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Vi finner det ikke hensiktsmessig å foreslå den konkrete ordlyden i en eventuell formålsparagraf, men oppsummerer at følgende tre aspekter ved formålet bør komme frem:

- Insentiv til over tid å bygge ut tilbud i kommunene der dette er kostnadseffektivt og kan gi pasientene et like godt eller bedre tilbud enn i spesialisthelsetjenesten.
- Insentiv til å forebygge slik at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester begrenses.
- Insentiv til samarbeid med spesialisthelsetjenesten om utvikling av kostnadseffektive tjenestetilbud og pasientforløp.

Ad § 1 Virkeområde

Avgrensningen som er gjort er i utgangspunktet tilstrekkelig klar, og oppfattes å være i tråd med gjeldende avgrensning av virkeområdet for ISF-ordningen hva gjelder tjenesteområder som inngår i beregningsgrunnlaget.

Tredje ledd bør dog endres noe språklig for å øke presisjonsnivået, særlig for å få frem at det er kategorier av tjenesteområder som er unntatt fra virkeområdet, ikke aktørene i seg selv. Dessuten bør ordvalget endres ettersom det tidligere begrepet private opptreningsinstitusjoner er erstattet med private rehabiliteringsinstitusjoner.

Nytt tredje ledd kan lyde:

"Forskriften gjelder ikke tjenester utført av privatpraktiserende avtalespesialister, opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner, behandling

innen psykisk helsevern, eller tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.”

Ad § 2 Medfinansieringsplikt

Paragrafen inneholder sammensatte regler, og kompleksiteten i disse tilsier en omstrukturering for å tydeliggjøre de enkelte bestanddelene og sammenhengen mellom disse.

Innholdet i andre ledd, første punktum tenderer i retning av å være en avgrensning av virkeområdet på linje med den avgrensning som gjøres i nåværende § 1. Men vi finner det rimelig at forskriften innrettes med en slik todelt avgrensning fordi det gjennom § 1 sikres konsistens med virkeområdet for ISF-ordningen, mens det i § 2 finner sted en avgrensning av hvilke tjenestetyper *innen* grunnlaget for ISF-ordningen som *ikke* skal være omfattet av den kommunale medfinansieringsplikten.

Innholdet i andre ledd reflekterer hvilken avgrensende modell som er valgt for kommunal medfinansiering ved innføring av ordningen. Departementet har i høringsnotatet pekt på noen av de faktorer som har påvirket den konkrete innretningen, herunder hensynet til kommunenes økonomiske risiko. Delvis avspeiler modellen også at det eksisterer områder der kommunene ikke kan eller bør forebygge forbruk av sykehustjenester. Vi presiserer at modellen ikke representerer noe absolutt skille mellom forebyggbare og ikke forebyggbare tjenesteområder. Det legges til grunn at videreutvikling av modellen vil være gjenstand for evaluering tidlig etter innføring. Uansett er det av vesentlig betydning at kommunene ikke henledes til å innrette sin forebyggingsaktivitet utelukkende mot de områder som er omfattet av den kommunale medfinansieringen. Departementet bør vurdere å påpeke dette i omtalen av forskriften og merknadene til denne.

Andre ledd bør omformuleres og omstruktureres, uten at det materielle innholdet endres. Ordbruken ligger nær den sjargong som er vanlig i forbindelse med ISF-ordningen og DRG-systemet, men dette kan virke fremmedgjørende overfor personer som ikke kjenner disse systemene, og kan føre til misforståelser. For eksempel har ordene "kirurgi" og "pasient"/"pasientgrupper" spesifikke betydninger innen DRG-systemet og ISF-ordningen som ikke er direkte gjenkjennbar i vanlig språkbruk. Omformulering av dette anbefales for å tydeliggjøre at det er visse typer eller kategorier av somatisk pasientbehandling som kommunene ikke skal være medfinansieringspliktige for.

Den innholdsmessige avgrensningen i andre ledd vil uansett være krevende å formidle uten teknisk henvisning til DRG-systemet. Vi legger til grunn at det er basert på DRG-systemet at den "nærmere avgrensning" som er nevnt i andre punktum skal finne sted. Departementet bør derfor vurdere å tydeliggjøre dette, til erstatning for den mindre spesifikke henvisningen til ISF-regelverket.

Ved å skille ut andre punktum som et eget ledd, vil det være lettere å se den samlede strukturen i paragrafen.

Forslag til omformulert § 2 Medfinansieringsplikt:

Kommunen skal finansiere deler av egne innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester innen somatikk etter den medfinansieringsandel som til enhver tid gjelder, jf. § 3.

Kommunens medfinansieringsplikt etter første ledd avgrenses til visse somatiske tjenestetyper basert på kategoriseringssystemet Diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). DRG-systemet slik det fremgår av regelverket for Innsatsstyrt finansiering legges til grunn. Innleggelser og polikliniske konsultasjoner gruppert til DRGer med følgende hovedinnhold skal være unntatt for kommunal medfinansieringsplikt:

- a) kirurgiske inngrep*
- b) fødsler*
- c) behandling av nyfødte barn*
- d) behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler*

Departementet fastsetter den konkrete, DRG-baserte avgrensningen av hvilke somatiske tjenestetyper som omfattes av kommunal medfinansiering gjennom regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

Ad § 3 Medfinansieringsandel og § 4 Generelle beregningsregler

Bestemmelsene i §§ 3 og 4 må sees i nær sammenheng. Omformulering og restrukturering av bestemmelsene kan medvirke til å tydeliggjøre beregningsreglene, uten at det materielle innholdet endres. Uansett bør det fremgå tydeligere enn i foreliggende utkast at det beregnes et poengantall per innleggelse eller polikliniske konsultasjon, og at det er summen av poeng multiplisert med medfinansieringsandel og enhetspris som resulterer i det endelige beløpet kommunen skal betale.

§§ 3 og 4 er begge unødvendig komplekse i struktur. Begge inneholder en definisjon og fastsettelse av en fast beregningsfaktor, i tillegg til en beregningsregel. Bestemmelsene her bør omstruktureres slik at definisjonen av de faste beregningsfaktorene kommer først. Deretter må det fremkomme hvorledes det beregnes poeng per opphold og sum av poeng for alle opphold knyttet til kommunen. Til slutt må det fastslås hvorledes den endelige betalings summen beregnes med utgangspunkt i sum av poeng og de faste beregningsfaktorene. Nærmere forklaring av hva de faste beregningsfaktorene er kan gis i merknad til bestemmelsene fremfor i selve forskriftsteksten.

Fastsettelse av enhetspris er foreslått knyttet opp mot vedtak av statsbudsjettet. Ved vedtak av statsbudsjettet tas det tradisjonelt forbehold om mindre justering av enhetspris ved endelig avregning innen ISF-ordningen dersom omfanget av endringer i registreringspraksis er annerledes enn forutsatt. Vi legger til grunn at beregning av kommunal medfinansiering uansett skal finne sted med utgangspunkt i den enhetspris som fastsettes når statsbudsjettet vedtas, og at endringer i registreringspraksis må håndteres gjennom andre avregningsmekanismer enn gjennom etterskuddsvis endring av enhetspris når det kommer til kommunal medfinansiering.

Forslag til endring av §§ 3 og 4 (endres til §§ 3, 4a og 4b):

§ 3 Medfinansieringsandel og enhetspris

Medfinansieringsandel ved beregning av kommunal medfinansiering er 20 %.

Enhetspris ved beregning av kommunal medfinansiering settes lik den enhetspris som fastsettes for Innsatsstyrt finansiering i statsbudsjettet.

§ 4a Poengberegning

For hver innleggelse eller polikliniske konsultasjon som er omfattet av den kommunale medfinansieringsplikten, jf. § 2, beregnes en poengverdi.

Poengverdien beregnes etter samme regler som gjelder for beregning av korrigerede DRG-poeng per opphold innen ordningen Innsatsstyrt finansiering, dog slik at poengverdien per opphold settes til maksimum 4.

§ 4b Beregning av kommunal medfinansiering som kronebeløp

Kommunal medfinansiering for hver kommune beregnes med utgangspunkt i summen av poeng for alle innleggelser og polikliniske konsultasjoner for personer folkeregistrert bosatt i kommunen, jf. regler for poengberegning i § 4a.

Kommunal medfinansiering som kronebeløp beregnes med utgangspunkt i poengsummen etter første ledd, og medfinansieringsandelen og enhetsprisen etter § 3:

Kommunal medfinansiering =

*Kommunens poengsum * Medfinansieringsandel * Enhetspris*

Ad § 5 Beregningsgrunnlag

Her foreslår vi utelukkende en tekstlig endring:

§ 5 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for beregning av kommunal medfinansiering er data fra Norsk pasientregister.

I tillegg er det viktig å se hen til hvilke endringer i NPR-forskriften som er nødvendige for gjennomføringen av ordningen. Det vises til eget kapittel om dette.

Ad § 6 Administrasjon av ordningen, samt omtalen av økonomiske og administrative konsekvenser

Vi viser her til vår utredning av mulige oppgjørsløsninger knyttet til Kommunal medfinansiering, overlevert 29.6.2011 til Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet anser at den foreslåtte innretningen av § 6 og forskriften for øvrig er så generell at den harmonerer med den oppgjørsløsning direktoratet har foreslått. Vi vil likevel anbefale at departementet vurderer å ta inn enkelte av de konkrete anbefalingene knyttet til oppgjørssystemet inn i forskriften. Den beste sikkerhet for at oppgjør finner sted i tråd med intensjonen oppnås gjennom å tydeliggjøre premissene for hvorledes oppgjøret skal finne sted, herunder gjennom et system basert på månedlige a konto-betalinger, tertialvis foreløpig avregning og endelig årsavregning som anbefalt i nevnte utredning. Etablering av en fast forfallsdato for de månedlige betalingene og entydig definisjon av betalingspartene vil også bidra til å skape en forutsigbar ramme for oppgjørssystemet.

De kontrollmessige aspektene er mye vektlagt i ovennevnte utredning. Prinsippet om at kommunene ikke skal være avhengig av å gjennomføre egne detaljerte kontroller av grunnlaget for betalingene som finner sted, men i stedet kan se hen til det statlige kontrollregimet knyttet til det samme utbetalingsgrunnlaget, er av avgjørende betydning for gjennomføringen av ordningen. Selv om direktoratet etablerer et system som muliggjør innsyn i og informasjon om kostnader knyttet til Kommunal medfinansiering, vil et slikt system av anonymitetshensyn uansett ikke kunne gi kommunene en fullstendig spesifikasjon av tjenesteinnholdet som danner grunnlag for medfinansieringen.

Reinnleggelser

Departementet har i høringsnotatet s. 29 antydnet at de vil komme tilbake med en vurdering av eventuell betaling for reinnleggelser i forbindelse med statsbudsjettet. Helsedirektoratet anbefaler at reinnleggelser ikke gis betydning for beregningen av kommunal medfinansiering i 2012. Denne vurderingen bygger på to hovedhensyn.

For det første er vilkårene for hva som er unødvendige reinnleggelser ikke opplagte. Det er heller ikke enkelt å avgjøre hvilket tjenestenivå som er årsak til at reinnleggelse finner sted. Noen ganger kan det være mangelfull oppfølging i kommunehelsetjenesten etter utskrivelse som er årsaken, andre ganger kan det skyldes mangelfull utredning/behandling i sykehuset. Dessuten kan det dreie seg om underliggende medisinske forhold ved pasienten som ikke med rimelighet kan forutsis.

For det andre vil det være tekniske og beregningsmessige utfordringer med en tilleggsregel for reinnleggelser. Dette henger sammen med at operasjonalisering av en slik regel krever tidsserievurdering av behandlingskontaktene for samme individ på en helt annen måte enn systemene for gjennomføring av ISF-ordningen i dag understøtter. Innføring av slik regel fra og med 2012 vil dermed innebære en ikke ubetydelig implementeringsrisiko.

Vi anser også at en beregningsregel knyttet til reinnleggelser henger sammen med utredning av kvalitetsjustert finansiering ("pay for performance"). Vi vil anbefale at nærmere utredning på dette området gjennomføres før slike mekanismer innføres i den kommunale medfinansieringsordningen.

Til kapittel 5 Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften

Endring av Norsk pasientregisterforskriften § 1-2

Selv om bruken av opplysningene i Norsk pasientregister (NPR) til formålet forvaltning av finansieringsordninger for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering, ikke anses å være uforenelig med formålet, er det likevel bra at NPR-forskriften § 1-2, 1. ledd foreslås endret slik at det presiseres at opplysningene i NPR kan danne grunnlag for kommunal medfinansiering og betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter. Dette er med på å tydeliggjøre for befolkningen hva opplysningene i NPR kan brukes til. En grundig vurdering av bruk til nye formål er med på å tilbakevise en stadig utvidelse av anvendelsesområdet. I Ot.prp. nr. 49 (2005-2006) er det presisert at valg av hovedformål som utgangspunkt for hva

registeret kan inneholde, er ment som en juridisk skranke for at registeret ikke skal utvides.

Endring av Norsk pasientregisterforskriften § 3-3

Ordningene for økonomisk oppgjør forbundet med kommunal medfinansiering og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter vil ha mange likhetstrekk med ordningen med den aktivitetsbaserte finansieringsordningen. Departementet vurderer likevel at de nye finansieringsordningene det tas sikte på å etablere, ikke kan sies å være "etablerte aktivitetsbaserte finansieringsordninger innen spesialisthelsetjenesten". Det legges derfor til grunn at NPR- forskriften § 3-3 må endres for å kunne gi rettslig grunnlag for utlevering.

NPR er enig med departementet i at en endring av NPR-forskriften § 3-3 er en bedre løsning for å gi rettslig grunnlag for utlevering til formålene kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter enn at det legges opp til en ordning hvor § 3-6 blir hjemmelsgrunnlaget. Som en følge av oppdeling av utleveringsformål i § 3-3, er det i høringsnotatet forutsatt at det må utleveres separate datasett. Hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige skal vurderes i forhold til hvert formål. Her er det uklart om departementet mener at finansieringsordningene med kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter er ett og samme formål. Spørsmålet er dermed om det er ment at det skal være to ulike datasett til disse formålene i tillegg til et separat datasett for drift og utvikling av etablerte aktivitetsbaserte finansieringsordninger.

Helsedirektoratet har tidligere oversendt brev til departementet hvor det er bedt om at NPR-forskriften § 3-3, 3. ledd, slettes. Dette bør tas med i betraktningen nå som forskriften skal endres.

Når det gjelder det redaksjonelle, bør overskriften i bestemmelsen også inneholde kommunal medfinansiering.

Innspill om presisering av utleveringens formål

Det kan være u hensiktsmessig at det legges føringer om at det *alltid* skal utleveres separate datasett. Dette for å skape nødvendig rom for at i de tilfeller andre hensyn ikke taler imot, så skal ett utlevert datasett skulle kunne benyttes til mer enn ett formål. En løsning på dette kan være en ordning hvor det før hvert utleveringsvedtak gjøres en konkret vurdering av hvorvidt det skal utleveres separate datasett eller ikke. Vurderingen må blant annet bygge på hvilke opplysninger som er nødvendige for de ulike formålene, hvorvidt separate utleveringer kan begrense mengden av opplysninger som utleveres og hvorvidt utlevering for sammensatte formål gjør at personer får tilgang til data som de ellers ikke ville hatt tilgang til. Hensynet til effektive og samlede kontrollmekanismer knyttet til ordningene bør også tillegges vekt.

Dette kan være med på å sikre en mer effektiv forvaltning av de nye finansieringsordningene og hensynta den dynamikken som kan forventes å gjelde for ordningene fremover.

Dette kan imidlertid vanskelig kan la seg gjøre innenfor dagens regelverk. Det er et grunnleggende prinsipp at all bruk av helseopplysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål, og at relevans og nødvendighet skal vurderes opp mot det konkrete formålet,

jf. helseregisterloven § 11. En slik endring vil det være behov for å følge opp med lov- og forskriftsendringer.

Kriterier for hva som utløser kommunalt medfinansieringsansvar og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Dette innspillet må ses i nær sammenheng med kap. 3 og 4 hvor det er foreslått at det er folkeregistrert adresse som utløser kommunenes betalingsplikt.

Det er foretatt en vurdering som legger til grunn at det er reelt/fysisk bosted eller oppholdssted som danner utgangspunkt for hvilket RHF som skal finansiere spesialisthelsetjenester for en pasient, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-1.

I høringsnotatet side 18 er det presisert at kommunens betalingsplikt gjelder pasienter som er folkeregistrert i kommunen. NPR og de øvrige sentrale helseregister har også en etablert praksis hvor det er folkeregistrert adresse som rapporteres. Ved opprettelsen av NPR som et personidentifiserbart register ble det forutsatt at det var folkeregistrert adresse som skal legges til grunn. Dette gjenspeiles i NPR-forskriften § 2-4, 1. ledd, hvor det fremgår at NPR rutinemessig kan samkjøres mot det sentrale folkeregisteret. Pr. i dag gjennomføres dette en gang i året.

For kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter er det spesielt viktig med korrekte opplysninger i NPR, da dette skal danne grunnlaget for fordeling av kostnader mellom kommunene. Vår klare anbefaling er at det i forbindelse med forskriftsarbeidet samtidig gjøres nødvendige lovendringer slik at folkeregistrert adresse blir kriteriet for utløsning av betalingsplikt for alle finansieringsordningene. Dersom det for hver enkelt pasient skal gjøres en vurdering av hva som er reelt bosted, vil det bli unødig byråkrati. Det er et uttalt mål at betalingssystemet skal minimere den administrative byrden for kommuner og regionale helseforetak. Dessuten vil det bli vanskelig å kvalitetssikre at NPR har korrekte opplysninger om pasientenes bosted.

Til kapittel 6 Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

6.1. Fordeling av kostnader mellom kommunene

Helsedirektoratet er enig i departementets vurdering av at det er nødvendig å foreta en kartlegging av behovet for å videreføre refusjonsordningen, jf. dagens § 10 andre ledd i sosialtjenesteloven. Vi støtter derfor forslaget om at refusjonsordningen videreføres inntil videre. Refusjonsordningen bør ikke fjernes før man vet mer om konsekvensene av dette. Etter direktoratets syn bør heller ikke refusjonsadgangen etter utskrivning fra institusjon, jf. forslaget § 2 fjerde ledd, endres før man vet mer om konsekvensene av dette.

Helsedirektoratet vil understreke viktigheten av at regelverket må inntrettes slik at personer som skrives ut etter lengre institusjonsbehandling må stå fritt til å kunne bosette seg hvor de ønsker. Eksistensen av en refusjonsordning må derfor ikke være til hinder for dette. Direktoratet støtter likevel departementets vurdering av at det er nødvendig å kartlegge behovet før ordningen fjernes.

Vi er videre enig i at det er fornuftig å begrense adgangen til refusjon til de tjenestene det er enighet om skal ytes. Det bør likevel vurderes om det forstst er behov for en tvisteløsningsordning for de tilfellene der kommunene ikke kommer til enighet. De individuelle pasient- og brukerrettighetene må ikke begrenses som en følge av slik enighet

6.2. Disponering av kontantytelser fra folketrygden

Helsedirektoratet har lite kunnskap om hvordan ordningen fungerer etter gjeldende regelverk, herunder om det er et klart behov for reglene om institusjonenes disposisjonsrett. Vi kan derfor ikke støtte departementets primære forslag om å oppheve ordningen før det er godtgjort at andre ordninger kan ivareta formålet med ordningen på en bedre måte.

Det bør legges stor vekt på innspill fra kommuner, fylkesmenn og eventuelle andre berørte vedrørende ordningen med disponeringer av kontantytelser og i spørsmålet om ordningen skal oppheves eller videreføres.

Generelt mener vi at det bør oppnevnes hjelpeverge for de som ikke selv kan disponere sine penger.

Vedrørende trivselsordning mener direktoratet slike ordninger bør organiseres som frivillig tiltak på bakgrunn av beboeres/ pårørendes/ vergers egne initiativ.

6.3. Vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Helsedirektoratet støtter de foreslåtte endringene og mener disse i hovedsak vil innebære forenklinger for alle parter.

Innspill til arbeidet med forskrift om vederlag for opphold i institusjon:

Det er anført at eksisterende vederlagsforskrift for institusjon videreføres. Vi har tidligere gitt innspill på at dersom pasienter i lokalmedisinsk senter eventuelt annet tilbud "før, isteden for og etter sykehusopphold", pålegges egenbetaling/vederlag som for nåværende korttidsopphold i sykehjem, så vil dette kunne motarbeide en overføring av pasienter/oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan også slå uheldig ut for utskrivningsklare pasienter. Pasientene kan komme til å motsette seg overføring til f.eks intermediearenhet i kommunen hvis de må betale for oppholdet når sykehusopphold er gratis. Etter nåværende vederlagsforskrift kan kommunen unnlate å ta betalt for korttidsopphold når oppholdet er å anse som avlastning for den som har et særlig tyngende omsorgsansvar.

Til kapittel 7 Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet støtter forslaget om å klargjøre i forskrift hva som regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det er et klart behov for å klargjøre i forskrift hva som anses som institusjon etter helse- og omsorgsloven. Ikke minst gjelder dette for de kommunale rusinstitusjonene.

Forskriften § 1:

Helsedirektoratet støtter ordlyden i forskriften, og da særlig bokstav d) Bolig med heldøgns- helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige. Det bør presiseres i merknadene til forskriften at forslaget ikke omfatter omsorgsboliger der personene som bor i boligen har ordinær husleiekontrakt, betaler husleie og mottar helse- og omsorgstjenester etter behov.

Når det gjelder sykehjem, er disse beskrevet som en videreføring av tidligere bestemmelser. Det henvises til at sykehjem er et innarbeidet begrep og innholdet kjent. Departementet har derfor ikke funnet grunn til å endre begrepet for i større grad å angi innholdet i tjenesten.

Det er ikke sagt noe om at sykehjemmene har fått og vil ytterligere få funksjoner som skal komme "før, i stedet for og etter sykehusopphold". Dette er funksjoner som er tiltenkt lokalmedisinske sentre som i noen kommuner vil lokaliseres til sykehjem, og som er sentrale i samhandlingsreformen. Forskriften ville dermed på en bedre måte understøttet samhandlingsreformen.

Forskriften § 2:

I forskriftsforslaget foreslås at aldershjem og kommunale rusinstitusjoner holdes utenfor virkeområde til pasientskadeloven. Den overordnede begrunnelsen for dette er at institusjoner der formålet med oppholdet ikke primært er å motta helsehjelp, ikke bør omfattes av pasientskadelovens virkeområde.

Helsedirektoratet er uenig i at aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige ikke er institusjoner der det å motta helsehjelp er et sentralt formål med oppholdet. Vi mener at det ytes helsehjelp på slike institusjoner. Selv om en stor del av tjenestene som rusmiddelavhengige mottar er av praktisk karakter og opplæring i dagliglivets gjøremål, er det slik at mange av disse pasientene er syke og trenger oppfølging av sin ruslidelse, psykisk lidelse og somatisk helse. Vi vil spesielt nevne stell av sår, blodprøvetaking, vaksiner, medisintilbringelse, smitteverntiltak, avrusning, overdosehåndtering og psykiske helsetjenester m.m. Antall aldershjem er begrenset og beboerne i disse institusjonene vil i hovedsak ha samme behov for helse- og omsorgstjenester som beboere i sykehjem. Aldershjem vil organisatorisk ligge under kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste og være under ledelse av helsepersonell. Vi er derfor ikke enig i at aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige ikke skal omfattes av institusjonsbegrepet etter pasientskadeloven. Det følger av høringen at Pasientskadeloven vil gjelde for beboere ved slike institusjoner i de tilfellene beboerne skades når de mottar helsehjelp fra autorisert helsepersonell, jf. pasientskadeloven § 1 1.ledd bokstav c. Helsedirektoratet mener dette er en tilfeldig forskjellsbehandling av sårbare grupper. Rusmiddelmissbrukere kan bli utsatt for skade av annet personell som ikke er autorisert helsepersonell. Vi mener derfor slike institusjoner bør omfattes. Tilsvarende må gjelde for aldershjem.

Forskriften § 3:

Departementet foreslår at aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige ikke skal regnes som helseinstitusjoner etter helsepersonelloven.

Helsedirektoratet sin vurdering er at det ytes helsehjelp i aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige. Det vises til det som er sagt foran. Vi stiller spørsmål ved om det er tilstrekkelig å vise til at helsepersonell som yter helsehjelp i nevnte institusjoner vil ha selvstendige plikter etter helsepersonelloven, som for eksempel journalføringsplikten. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet viser til at kommunene har et ansvar for å tilrettelegge for at helse- og omsorgstjenesten og personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette kan tale for at slike institusjoner har en selvstendig plikt til å ha journalsystem når det faktisk ytes helsehjelp der. Dersom slike institusjoner anses som helseinstitusjoner etter helsepersonelloven, vil dette kravet helt klart framgå av journalføringsforskriften § 4.

Til kapittel 8 Helsepersonellovens anvendelse

8.2 Mottakere av omsorgslønn

Helsedirektoratet er enig i forslaget om at helsepersonelloven ikke skal gjelde for personer som mottar omsorgslønn etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som følge av at omsorgslønn vurderes å være vesensforskjellig fra andre typer tjenester som ytes etter loven.

8.3 Dokumentasjonsplikt for personell som yter tjenester som ikke er å anse for helsehjelp

Helsedirektoratet støtter departementets syn når det gjelder behovet for å gjøre unntak fra helsepersonellovens bestemmelser knyttet til journalføringsplikt for personellgrupper som ikke yter helsehjelp og at plikten utredes nærmere før den innføres. Direktoratet er enig i at det sentrale i dette arbeidet vil være en vurdering av de ulike tjenesteytelsenes behov for dokumentasjon og dokumentasjonspliktens omfang. Dokumentasjonsbehovet vil variere stort, avhengig av ulike omsorgsytelser og ulike tjenestemottakere, fra å være et behov om utførlig dokumentasjon for noen tjenestetyper og enkeltbrukere, til lite eller ingen dokumentasjon for andre. Dokumentasjonsbehovet må vurderes opp mot den inngripen en dokumentasjonsplikt får for brukerne og deres familier. Videre blir det viktig at det søkes tydeliggjort hva man tenker seg kan være relevante og nødvendige opplysninger innenfor de ulike typer tjenestetilbud og overfor konkrete brukergrupper.

Av hensyn til formålet om et harmonisert regelverk vil det være hensiktsmessig at en særskilt regulering av dokumentasjonsplikten for denne personellgruppen vurderes innlemmet i gjeldende journalforskrift.

Særlig om koordinators dokumentasjonsplikt:

Direktoratet mener det er viktig at koordinatorene pålegges en viss dokumentasjonsplikt. Vi er inneforstått med at pasienten, i de situasjoner vedkommende har valgt å ikke benytte seg av tilbudet om individuell plan, verken kan forvente eller heller ikke ønsker en omfattende dokumentasjon om sine ulike tjenester på et koordinerende plan. Det vil imidlertid være viktig med et minimum at dokumentasjonskrav for koordinatoren også i disse situasjonene, for å kunne tilby brukerne god oppfølging. Brukeres reelle mulighet til å klage over manglende koordinerte tjenester fra helse- og omsorgstjenesten vil kunne svekkes dersom det

ikke finnes dokumentasjon over kontakten mellom bruker og koordinator. Uten dokumentasjonsplikt vil ikke koordinator, forutsatt at denne ikke selv yter helsehjelp, ha annen dokumentasjonsplikt enn den som måtte følge av god forvaltningsskikk og virksomhetsinterne retningslinjer. Forvaltningslovens krav til saksbehandling vil bare komme til anvendelse i svært begrenset grad, fordi koordinator neppe forventes å fatte vedtak i kraft av å være koordinator.

Koordinatorfunksjonens innhold og omfang, særlig når funksjonen ikke er knyttet til individuell plan, er vagt beskrevet. En konkretisering av dokumentasjonsplikten vil også være nyttig som en beskrivelse av koordinators funksjon. Krav til dokumentasjon kan muligens også bidra til å sikre kvalitet på disse tjenestene.

For enkelte funksjoner, som for eksempel personell som skal være koordinatorene, er det derfor viktig at regler om dokumentasjonsplikt kommer på plass så raskt som mulig etter lovens ikrafttredelse.

Forholdet til informasjonssikkerhet og personvern

Direktoratet er i likhet med departementet av den oppfatning at spørsmålet om dokumentasjonsplikt for personell som ikke yter helsehjelp reiser en del problemstillinger knyttet til informasjonssikkerhet og personvern. Blant annet vil det være behov for en tydeliggjøring av i hvilken grad, til hvilke tjenestemål og for hvilke opplysninger personell som ikke yter helsehjelp kan utlevere informasjon til eller bli informert av samarbeidende personell.

Helseregisterlovens regulering av tilgang til journalopplysninger på tvers av virksomheter vil også gjelde for denne personellgruppens dokumentasjon. Det er positivt og vil styrke hensynet til personvern og informasjonssikkerhet.

Dokumentasjonsplikt i institusjoner som ikke er foreslått definert som helseinstitusjon etter Helsepersonelloven

Departementet foreslår at aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige ikke skal regnes som helseinstitusjon etter helsepersonelloven. Autorisert helsepersonell som yter helsehjelp i disse institusjonene vil likevel ha journalføringsplikt etter helsepersonelloven i kraft av sine plikter som helsepersonell. Kommunen vil ha et generelt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 til å sørge for at tjenesten og personellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, men med forslaget vil det ikke påligge kommunen egne plikter etter helsepersonelloven i disse institusjonene. Kommunen vil ikke ha plikt til å opprette pasientjournalssystem etter journalforskriften § 4 eller plikt til å utpeke en journalansvarlig i virksomheten, slik det kreves for helseinstitusjoner etter helsepersonelloven § 39.

Etter direktoratets vurdering vil dette skape uklarhet rundt håndtering og behandling av pasientopplysninger i de aktuelle institusjonene. Uten virksomhetskravet om opprettelse av pasientjournalssystem vil det kun være det enkelte helsepersonells plikt til å etablere egne pasientjournalssystemer som vil gjelde. Etter direktoratets oppfatning er dette en svakhet. I den grad dokumentasjonsplikten også er tenkt utvidet til personell som ikke yter helsehjelp vil det være behov for å tydeliggjøre virksomhetens (kommunens) ansvar for denne dokumentasjonen. Gjeldende praksis vedrørende dokumentasjon på Sosialtjenestelovens område

Departementet ber om eksempler fra høringsinstansene på hvordan disse omsorgstjenestene i dag dokumenteres. Direktoratet vil i den forbindelse vise til vår veileder IS-1040 om saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Der har vi fremholdt at det kan være formålstjenelig å foreta dokumentasjon av observasjoner, vurderinger, beslutninger, iverksatte tiltak og tjenester i det løpende tjenesteforholdet. Direktoratet har imidlertid begrenset kunnskap i hvilken grad og på hvilken måte tjenestene faktisk har blitt dokumentert.

8.4 Forslag til endringer i forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse

Helsedirektoratet støtter departementets vurdering om at gavebestemmelsen i helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven og at det ikke foreligger vektige grunner for å unnta denne bestemmelsen for denne gruppen. Vi har for øvrig ingen kommentar til forslaget til endring i gaveforskriften, hvor begrensningen i adgangen til å motta gaver tydeliggjøres.

8.5 Forslag til ny forskrift og forslag til endringer i eksisterende forskrift

Direktoratet har ingen kommentarer til forslaget til tekst til de ulike forskriftene i dette kapittelet.

8.6 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene

Forslaget til forskrifter vedrørende helsepersonellovens anvendelse vil etter vår vurdering ikke medføre administrative og økonomiske konsekvenser.

Til kapittel 9 Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m.

Til § 4 Barns rett til helse- og omsorgstjenester

Direktoratet mener det er positivt at barn gis rett til nødvendige omsorgstjenester fra kommunen, uavhengig av oppholdsstatus. Det går frem av høringsnotatet at dette for eksempel innebærer at et sterkt funksjonshemmet barn uten lovlig opphold kan ha rett til nødvendige omsorgstjenester, herunder plass i barnebolig, i tillegg til nødvendig helsehjelp.

Vi stiller imidlertid spørsmål ved at det i høringsnotatet legges til grunn at "behov for omsorgstjenester til barn som oppholder seg ulovlig i landet, vil gjelde for et kort tidsrom, siden forutsetningen er at barnet skal forlate landet i løpet av kort tid".

Statistisk Sentralbyrå (SSB) anslår at det bor rundt 18.000 personer uten lovlig opphold i Norge, og en stor del av dem har trolig bodd her i 5-10 år. Som vi tidligere har påpekt, er det ut fra SSB's tall vanskelig å legge til grunn ved fastsettelsen av retten til helse- og omsorgstjenester at personer uten lovlig opphold vil forlate landet i løpet av kort tid.

Til § 6 Rett til nødvendig omsorg

Det hadde vært ønskelig med en klargjøring av hva som ligger i "nødvendig omsorg", på samme måte som forskriften definerer hva som hører inn under helsehjelp som ikke kan vente. Eventuelt kan det klargjøres i merknaden til bestemmelsen.

Slik kriteriene for rett til helsehjelp er utformet i forskriften § 5 a), jf. § 1 i prioriteringsforskriften fra 30. juni 2011, er det imidlertid mye rom for skjønn. Vi finner grunn til igjen å uttrykke vår bekymring for at dette vil kunne føre til uensartet praksis og ulik behandling av personer med lik helsetilstand. Dersom pasienter må avvises fordi de ikke fyller kriteriene, vil dette kunne komme i konflikt med helsepersonells yrkesetiske forpliktelser og kravet til faglig forsvarlighet.

Til § 8 Dokumentasjon av at opphold er lovlig

Ifølge § 8 i forskriften kan det kreves dokumentasjon på lovlig opphold for å få nødvendig helsehjelp ut over de begrensede rettighetene som følger av prioriteringsforskriften §§ 3 - 5 og for å få nødvendig omsorg etter § 6, 1. ledd. Det betyr at den bestemmelsen om dokumentasjonsplikt som tidligere har gjeldt for tjenester etter sosialtjenesteloven, jf. forskrift til sosialtjenesteloven § 1-4, utvides til å gjelde helsetjenester.

Direktoratet vil advare mot å innføre en dokumentasjonsplikt overfor helsetjenesten. Krav om dokumentasjon kan skape en uheldig forvirring for pasient og bruker omkring roller og oppgaver mellom utlendingsmyndighetene og helsemyndighetene. Frykt for at helsetjenesten skal handle på vegne av utlendingsmyndighetene kan føre til at personer uten lovlig opphold ikke oppsøker tjenester som de trenger og har rett til. Å skulle kreve slik dokumentasjon for å kunne yte helsehjelp, vil også sette helsepersonell i en vanskelig situasjon med tanke på deres yrkesetiske regler.

Departementet viser i høringsnotatet til at Arbeidsdepartementet har foreslått en tilsvarende bestemmelse i forskriften til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, og at det er ønskelig med felles saksbehandlingsregler. Direktoratet mener imidlertid at det er vesentlig forskjell på helsehjelp og tjenester gjennom arbeids- og velferdsforvaltningen. Dokumentasjonsplikt overfor helsetjenesten vil kunne sette liv og helse i fare ved at pasienter unnlater å oppsøke helsetjenesten. Selv om det etter forslaget ikke kan kreves dokumentasjon for å gi smittevern hjelp eller for psykisk helsevern til psykisk ustabile som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, vil det kunne bli forvirring om rettighetene. Det kan medføre at heller ikke disse gruppene oppsøker helsetjenesten. Dette vil kunne få konsekvenser også for samfunnet ellers.

Krav om dokumentasjon for lovlig opphold for alvorlig syke pasienter vil kunne komme i konflikt med Den europeiske menneskerettskonvensjonen artikkel 3, som setter forbud mot nedverdiggende behandling, og med FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter art. 12. Ifølge artikkel 12 har alle rett til den høyeste oppnåelige fysiske og psykiske helsestandard. For å få til dette skal landene blant annet treffe "tiltak som er nødvendige for å skape vilkår som trykker alle legebehandling og pleie under sykdom".

Finansiering

Når det gjelder finansiering av tjenestene til personer uten lovlig opphold, er det stort behov for en klargjøring, blant annet for å sikre mest mulig lik behandling og for at de formelle rettighetene som er nedfelt i forskriften, skal bli reelle. Helsedirektoratet kan bistå Helse- og omsorgsdepartementet med å utrede disse spørsmålene.

Rett til vurdering fra kommunen

Vi viser ellers til at § 1 i forslaget slår fast at alle personer som oppholder seg i riket, har rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første, tredje og fjerde ledd. Det er ikke nedfelt noen tilsvarende bestemmelse om rett til vurdering fra kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi legger til grunn at personer uten lovlig opphold må ha rett til å få en vurdering fra kommunens helse- og omsorgstjeneste av om man fyller kriteriene for å få helse- og omsorgshjelp, uavhengig av oppholdsstatus og uten dokumentasjonsplikt, men mener at dette burde gått tydeligere fram.

Til kapittel 10 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Forskrift om individuell plan og koordinator

§ 4 - Pasientens og brukerens rettigheter

Bestemmelsen fastslår at pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. Helsedirektoratet mener det her bør tas inn at pasient og bruker også skal ha rett til å medvirke ved valg av koordinator. Dette er presisert i veileder til dagens forskrift, men bør fremgå av forskriften.

Medvirkningsrett er et viktig prinsipp i norsk helse- og omsorgslovning og fremgår blant annet av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 om rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelp.

Retten til å få oppnevnt koordinator uavhengig av om pasient og bruker ønsker individuell plan, er en ny rettighetsbestemmelse, og det knytter seg usikkerhet til koordinators rolle uten individuell plan og om koordinators tjenester vil kunne defineres som helsehjelp. Det er derfor viktig å fastslå i forskriften at medvirkningsretten også gjelder ved valg av koordinator.

§ 4 a – Koordinator i kommunen

I § 4 a presiseres at retten til å få oppnevnt koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan.

Dette innebærer en utvidelse av rettighetene for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. En del pasienter og brukere ønsker ikke en individuell plan, men kan da likevel få hjelp bl.a. til samordning av tjenestetilbudet.

Koordinator skal også sikre at pasient eller bruker får tilbud om individuell plan når de har rett på det. Oppnevning av koordinator kan dermed bli et første trinn mot en individuell plan dersom pasient og bruker senere ønsker en slik plan.

Helsedirektoratet mener imidlertid det er grunn til bekymring hvis oppnevning av koordinator uavhengig av individuell plan, fører til en nedtrapping av planarbeidet. Utarbeidelse av individuell plan med et overordnet plandokument har vist seg å være et nyttig verktøy for å få til et godt tilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette bør vektlegges i merknadene.

Individuell plan gir forutsigbarhet og er et viktig hjelpemiddel i samhandlingen mellom pasient/bruker og tjenestene og mellom tjenester og tjenestenivåer. Det bør fremgå av forskriften §§ 4 a og 4 b at det skal legges stor vekt på pasienten/brukerens ønske ved oppnevning av koordinator, jf vår kommentar til § 4 ovenfor.

§ 4 b – Koordinator i spesialisthelsetjenesten

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det oppnevnes koordinator, uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan, fremgår det av § 4 b i forskriften.

Bestemmelsen er noe annerledes enn for kommunens helse- og omsorgstjeneste ved at også behov for komplekse tjenester gir rett til koordinator.

Mens kommunen har plikt til å "tilby" en koordinator, sier forskrift og lovtekst at det "skal" oppnevnes koordinator ved behov for nevnte tjenester etter spesialisttjenesteloven.

Helsedirektoratet vil peke på at dette kan gi rom for ulik tolkning. Dersom en forskjell ikke er tilsiktet ved formuleringene "skal oppnevne" og "tilby", ber vi departementet se på om dette kan klargjøres i forskriftsteksten. Alternativt bør dette utdypes i merknader til forskriften. Det bør blant annet fremgå hvilken betydning dette har for reglene om pasient/brukers samtykke. Jf § 5.

Det er videre ønskelig at det redegjøres i merknadene for hvorfor plikten til å oppnevne koordinator i spesialisthelsetjenesten også gjelder ved behov for komplekse tjenester, mens oppnevning av koordinator i helse- og omsorgstjenesten og retten til individuell plan er knyttet til "langvarige og koordinerte tjenester".

§ 5 – Samtykke

Bestemmelsen fastslår et viktig prinsipp om at individuell plan ikke skal utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende.

Samtidig viser bestemmelsen til at for pasienter gjelder pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp tilsvarende.

Med den viktige funksjon koordinator er tiltenkt i samhandlingen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, mener Helsedirektoratet det bør fremgå av forskriften at pasient og bruker også må samtykke ved oppnevning av koordinator etter §§ 4 a og 4 b.

Samtykkeretten bør fastslås for koordinator etter begge bestemmelser.

§ 6 – Ansvar for å utarbeide individuell plan

Bestemmelsen gjengir og sammenfatter i det vesentlige ansvarsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

§ 6, 2. ledd som omtaler koordinerende enhets overordnede ansvar for individuell plan, viser til helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og forskriften om habilitering og rehabilitering.

Helsedirektoratet legger til grunn at det her må henvises også til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b.

Helsedirektoratet vil påpeke at det er viktig at det legges til rette for at det gode samarbeidet om rehabilitering og utarbeidelse av individuell plan som er etablert mellom helseforetak og kommuner rundt i landet, kan fortsette. Selv om kommunen har fått et hovedansvar for utarbeidelsen av IP der det er behov for tjenester fra begge nivåer, har også helseforetakene plikt til å delta i planarbeidet.

Direktoratet mener det hadde vært ønskelig at det fremgikk tydeligere av forskriften at utarbeidelsen av individuell plan må skje i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Subsidiært må dette klargjøres i merknader og fastsettes i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

§ 10 – Klage

Bestemmelsen viser til at ved klage på rett til individuell plan kommer bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 til anvendelse.

Det anses naturlig at det også sies noe om hvilke bestemmelser som gjelder hvis pasient eller bruker ønsker å klage på koordinator, selv om oppnevning av koordinator ikke er en rettighet etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Utdypning av særskilte problemstillinger

Koordinatorrollen:

Koordinators oppgaver fremgår av § 4 a, 2. ledd og § 4 b, 2. ledd, sammenholdt med forskriftens formålsbestemmelse i § 2.

Det fremstår likevel som noe uklart hvilke krav som skal stilles til koordinator der pasient og bruker ikke ønsker individuell plan. Dette bør beskrives nærmere i forskriften. Uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan vil forpliktelsen til koordinator være den samme; *"sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan"*; jfr §7-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. .

Det bør også fremgå klart av forskrift eller merknader om koordinators tjenester er å anse som helsehjelp, helt eller delvis.

Om tjenestene defineres som helsehjelp vil kunne ha betydning for hvilken innvirkning bestemmelser i andre lover vil ha for koordinators virksomhet.

Koordinatorers dokumentasjonsplikt:

Spørsmålet om koordinatorers dokumentasjonsplikt er så vidt berørt under kommentarene til utkast til forskrift om helsepersonellovens anvendelse, høringsnotatets punkt 8.3.3, der det heter følgende:

”Spørsmålet om dokumentasjonsplikt reiser også en rekke problemstillinger knyttet til koordinator. Det er blant annet spørsmål om koordinator også bør dokumentere sin virksomhet i den enkelte pasients eller brukers journal eller om dokumentasjonsbehovet skal ivaretas på annen måte [.....] Under henvisning til ovennevnte, er det departementets oppfatning at helsepersonellovens bestemmelser om dokumentasjonsplikt inntil videre ikke bør gjelde for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgsloven som ikke er å anse for helsehjelp. Det bør først utarbeides særskilt tilpassede regler om journalføringsplikt for denne personellgruppen.”

Slik dette er formulert, kan det forstås slik at vedkommende som har fått oppgaven som koordinatorer ikke anses å yte helsehjelp når vedkommende driver koordinerende tjenester, og at koordinatorer inntil videre heller ikke har dokumentasjonsplikt.

Direktoratet mener det er viktig at koordinator pålegges en viss dokumentasjonsplikt. Vi er inneforstått med at pasienten ved å ”bortvelge” individuell plan (IP) ikke kan forvente – og kanskje heller ikke ønsker – omfattende dokumentasjon. Det synes imidlertid vanskelig å kunne tilby pasientene god oppfølging og forsvarlige tjenester uten at koordinator pålegges et minimum av dokumentasjonskrav. Pasienten reelle mulighet til å klage over (manglende) tjenester fra helse- og omsorgstjenesten vil også svekkes dersom dokumentasjon av kontakt mellom pasient og koordinator mv. ikke finnes. Dersom ikke egne dokumentasjonsregler vedtas, synes det som om koordinator ikke har annen dokumentasjonsplikt enn det som måtte følge av god forvaltningsskikk og virksomhetsinterne retningslinjer. Forvaltningslovens krav til saksbehandling vil bare i svært begrenset komme til anvendelse, da koordinator neppe forventes å fatte vedtak i kraft av å være koordinator.

Etter direktoratets mening utgjør det derfor et mulig rettsikkerhetsproblem dersom regler om dokumentasjonsplikt ikke foreligger ved lovens ikrafttredelse eller snarest mulig deretter.

Videre mener vi at koordinatorfunksjonens innhold og omfang, særlig når funksjonen ikke er knyttet til IP, er så vagt beskrevet at det kan være nyttig å beskrive nærmere hva dokumentasjonsplikten bør omfatte. Antakelig bør den ikke ha et omfang som gir den karakter av IP, da pasienten presumptivt har avslått tilbudet om IP. Derimot må det være et minimum at det dokumenteres slike faktuelle forhold som når pasient og koordinator hadde kontakt, på hvilken måte, hvem koordinator har kontaktet på vegne av pasient, hvilke møter som har blitt arrangert/avviklet av koordinator og lignende. Det nærmere innholdet i den hjelpen som pasienten har fått fra andre deler av tjenesten bør ikke dokumenteres av koordinator, men derimot av den aktuelle tjenesteyter.

Direktoratet vil anbefale at koordinators dokumentasjonsplikt reguleres både i forskrift om individuell plan og koordinator så vel som i forskrift om helsepersonellovens anvendelse, av hensyn til tilgjengelighet og av pedagogiske hensyn.

Innsyn og taushetsplikt

Ved økt bruk av elektronisk individuell plan er det ønskelig at tjenesteytere fra ulike virksomheter som samarbeider innenfor en individuell plan, får mulighet for innsyn og for å skrive inn i samme plan. Spørsmålet er tatt opp med departementet også ved tidligere anledninger.

I dag er det etter gjeldende lovverk forbud mot felles journalføring (helseregisterloven § 6) og mot tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter (helseregisterloven § 13) ved elektronisk IP.

For å få til en god samhandling innenfor en elektronisk IP ber direktoratet departementet se på mulighetene for å endre forskriften om individuell plan. Alternativt kan departementet gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en egen forskrift, jf helseregisterloven § 13, 2. ledd.

Samarbeidsplikt for andre etater

I mange tilfelle er det ønskelig å benytte en koordinator fra etater utenfor helse- og omsorgssektoren. I løpet av de siste årene har det skjedd en positiv utvikling ved at koordinatorene kommer fra flere sektorer. Her bør pasientenes ønske om koordinator veie tungt. En oversikt over koordinatorene i 2011 viser for eksempel at 770 av i alt 10 238 koordinatorene kommer fra skole- og barnehageetat.

Helsedirektoratet ber om at det vurderes om andre tjenesteytere og etater kan gis en tydeligere samarbeidsplikt enn de i dag har, for å sikre et samarbeid om IP og koordinering av tjenester.

Forskrift om habilitering og rehabilitering

§ 5 – Pasient- og brukermedvirkning

Etter forskriften § 5, 1. ledd skal pasient og bruker ha medvirkningsrett ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Gjennomføring omfatter planlegging, utforming, utøving og evaluering. Bestemmelsen viser til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Med grunnlag i de nye lovbestemmelsene om koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester anser Helsedirektoratet at det bør fremgå av forskriften § 5 at medvirkningsretten også omfatter oppnevning av koordinator. Jf. forskrift om individuell plan og koordinator § 4.

Kapittel 3 – Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten – koordinerende enhet

Forskrift om habilitering og rehabilitering fra 2001 § 13 sier at det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.

Med hjemmel i denne bestemmelsen er det opprettet en koordinerende enhet på regionalt nivå i hver av de fire helseregionene. Oppgaven er delegert til ett av foretakene i regionen. Disse enhetene har en viktig funksjon i formidling av informasjon om rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Enhetene samarbeider blant annet om en nasjonal informasjonstelefon med "grønt nummer", og henvendelsene dit er sterkt økende. Dette er en viktig informasjonskanal som ikke kan ivaretas på helseforetaksnivå, og har spesiell betydning fordi det er RHF som inngår avtaler med institusjoner.

De koordinerende enhetene på regionalt nivå har også en viktig funksjon ved at de har etablert nettverk som koordinerende enhet i helseforetakene og koordinerende enhet i kommunene deltar i. Enhetene er gjennom dette pådrivere for samhandling på tvers av nivåer og kommunegrenser ved at de har etablert faste møteplasser for samhandling, informasjonsutveksling og kompetanseheving. Kontaktinformasjon på de regionale enhetenes hjemmesider er av stor betydning i oppfølgingen av pasienter.

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b (ny) og forslaget til forskrift § 13 står det at det skal finnes koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten *i hvert helseforetak* som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen.

Helsedirektoratet mener det er en fordel at det nå er lovfestet at alle helseforetakene skal ha en koordinerende enhet. Det er imidlertid svært viktig at den kompetansen og den koordinerende funksjonen som er opparbeidet på regionalt nivå, også blir beholdt og videreutviklet.

Det er ønskelig at det fremgår tydeligere av forskriften hvilke oppgaver som skal ligge på regionalt nivå og hva som skal ligge til helseforetakene.

Direktoratet vil foreslå at det i forskriften § 12 presiseres og gis følgende tilføyelse: "Det regionale helseforetaket skal ha oversikt over tilbudet om habilitering og rehabilitering i helseregionen samt bidra til samhandling på tvers av nivåer og kommunegrenser."

I merknader og i samarbeidsavtaler kan det presiseres hvilke oppgaver som skal ligge til den koordinerende enheten på regionalt nivå og hvordan tjenestenivåene

Til kapittel 11 Andre forslag

Profesjonsnøytralitet

Helsedirektoratet har tro på at kommunene i stor grad vil finne gode lokale løsninger ved ivaretagelse av sine plikter både med hensyn til tjenesteutforming og ved større variasjon i kompetansen som trekkes inn. Imidlertid mener Helsedirektoratet at helse- og sosialfaglig kompetanse står i en særstilling i helse- og omsorgstjenestene. Det må derfor fremheves som viktig at rammebetingelsene for å etablere et forsvarlig tjenestetilbud er til stede. Særlig ved etablering av helse- og omsorgstjenester "før- istedenfor – og etter" sykehusopphold, vil stille store krav til personell og kompetanse. Det er etter vårt syn behov for forskrifter for å kunne stille konkrete krav

til både innhold, kvalitet, kapasitet og kompetanse. At det stilles nasjonale krav vil også bidra til at kvaliteten på de nye tilbudene blir gode og likeartede.

Det er i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd tatt inn en forskriftshjemmel som gir grunnlag for å regulere nærmere "krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester". Det går frem i høringsnotatet Prop. 91 L (s. 160) at det i tråd med ønsket om en mer overordnet regulering av kommunens ansvar og plikter *ikke* gis forskriftshjemmel til å gi bestemmelser om tjenestens organisering.

Helsedirektoratet anbefaler at målene for tjenesten tydeliggjøres og konkretiseres gjennom faglige kvalitets-, funksjons- og kompetansekrav. Dette vil sikre en likeverdig tjeneste for hele befolkningen av høy kvalitet og med god tilgjengelighet, og ivareta tjenestens bidrag til kommunens oversikt over helsetilstanden. Direktoratet mener det vil kunne få store konsekvenser dersom det ikke stilles noen konkrete krav til kompetanse. Dette vil kunne få følger for kvaliteten på tjenestene, bl.a. vil det bli vanskeligere å trekke grensene for hva som er et lovlig (forsvarlig) tilbud, i forhold til hvilken bemanning som skal kreves. Helsetjenesten er en sterkt kunnskapsbasert virksomhet, og det er en forventning at denne kunnskapen skal komme pasienter og befolkningen til gode uavhengig av hvor i landet man bor. Med bakgrunn i dette mener Helsedirektoratet det er helt nødvendig med en forskrift som stiller kvalitets og funksjonskrav til tjenestene. Dette muliggjør nødvendig statlig styring av den kommunale helse – og omsorgstjenesten, slik at det kan sikres tilstrekkelig likeverdige tjenester og at man tar i bruk kunnskapsbasert praksis overfor hele befolkningen. Dette vil også bidra til rett dimensjonering av tjenesten, herunder nødvendig personellkompetanse og tilstrekkelige ressurser til å utføre oppgavene. Dette er etter direktoratets syn avgjørende for å sikre at profesjonsnøytralitet ikke medfører et dårligere tjenestetilbud i kommunene.

Helse- og omsorgstjenesteloven medfører at nedre grense for kommunenes ansvar i all hovedsak vil bli regulert ved forsvarlighetskravet. Så lenge tjenestetilbudet som ytes er forsvarlig, kan kommunehelsetjenesten organisere sine tjenester som den vil. Profesjonsnøytraliteten gir også rom for større grad av skjønnsutøvelse når det gjelder hvem som kan utføre de ulike tjenestene som kommunene skal tilby sine innbyggere.

Helsedirektoratet uttalte i vårt hørings svar til ny helse- og omsorgstjenestelov at vi mener en slik overordnet lovteknisk regulering har enkelte fordeler, men at den også byr på visse utfordringer. Særlig er vi bekymret for at forsvarlighetskravet alene ikke vil være tilstrekkelig for å sikre god kvalitet på helse- og omsorgstjenestene. Spesielt vil dette være vanskelig for de forebyggende tjenestene, hvor nivået for forsvarlighet er vanskeligere å presisere.

Helsedirektoratet mener det er særlig viktig at helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skoler er tverrfaglig sammensatt. Helsesøster, fysioterapeut, jordmor og legens kompetanse må være integrert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette bør sikres ved en tydeligere angivelse i forskrift. At tjenesten innehar denne kompetansen er etter direktoratets syn en viktig årsak til at den når tilnærmet 100 prosent av befolkningen, med de positive helseeffekter dette gir. Dersom kompetansekravene utvannes er det etter direktoratets oppfatning alvorlig for

tjenestens kvalitet. Det er viktig å verne om et lavterskeltilbud som i dag har stor dekning, som benyttes uavhengig av sosioøkonomisk status og som har en fleksibilitet som gjør den til en viktig aktør med hensyn til å redusere sosiale helseforskjeller.

Helsedirektoratet mottar meldinger fra tjenestene og Fylkesmenn om at helsestasjon - og skolehelsetjeneste er utsatt for lokale prioriteringer som vi vurderer ikke er tråd med faglige normative råd og helsepolitiske prioriteringer, det siste tydelig uttrykt i St. meld 16 og de to nye lovene. Direktoratet vektlegger her signalene om tydeligere folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende tiltak for å sikre "venstreforskyvning" og er bekymret for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er under press i denne sammenheng.

Helsedirektoratet vil understreke viktigheten av at det tilbys gode jordmortjenester i kommunen slik at gravide og kvinner i barsel får et reelt valg mellom å bruke lege eller jordmor. Det er også vesentlig å ha personell med rett kompetanse, slik at svangerskaps- og barselomsorgstjenestene som ytes er forsvarlige.

I den nye kommunerollen som Samhandlingsreformen legger opp til, der det bl.a. skal gis tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, mener direktoratet det er en forutsetning at kommunene har en godt utbygd fysioterapitjeneste, og en god sykepleietjeneste.

Ergoterapeuter og fysioterapeuter er viktige samarbeidspartnere innen habilitering og rehabilitering, men Helsedirektoratet vil understreke at andre profesjonsgrupper ikke kan erstatte fysioterapeuter når det gjelder behandling av pasienter med for eksempel muskel og skjelettlidelser, barn med funksjonshemninger, eldre med funksjonssvikt, revmatikere, kols-pasienter, pasienter med hjerneslag eller behov for opptrening etter hofteoperasjoner, vurdering av små-/ spedbarns motorikk på helsestasjoner og så videre. Fysioterapitjenesten er etter direktoratets syn helt nødvendig for å redusere omfanget av muskel- og skjelettlidelser i befolkningen og for å nå målene om å redusere sykefravær og antallet uføretrygdede, samt å få folk raskere tilbake i arbeid.

Ut i fra forutsetningen om å styrke legetjenesten i kommunehelsetjenesten er det viktig samtidig å ha nødvendig dekning av sykepleiere både til å følge opp medisinsk behandling og for å ivareta det faglige ansvaret for sykepleietjenesten. Dette gjelder både for sykehjem og for hjemmetjenester.

Departementet legger opp til en evaluering av loven, herunder å se på om manglende profesjonsangivelse har medført at kommunene velger å ansette personer uten nødvendig fagkompetanse. *"Dersom evalueringen skulle bekrefte en slik utvikling, vil departementet vurdere egnede tiltak."*(sitat fra høringsnotatet s 99)

Helsedirektoratet ser glad for at departementet vil følge utviklingen nøye, men vil likevel sterkt tilråde å forskriftsfeste kvalitets og funksjonskrav til tjenestene.

Pkt. 11.2 – Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter

Helsedirektoratet har ingen innvendinger mot at det forskriftsfestes at kommunen kan øke en inngått driftsavtalehjemmel uten ekstern utlysning, forutsatt at kommunen og fysioterapeuten er enige om økningen.

Oppjustering uten ekstern utlysning forutsetter at det gjennomføres en forsvarlig saksbehandling innenfor kommunen med intern utlysning og en vurdering av kvalifikasjoner og behov, slik det fremgår av høringsnotatet. Det er særlig viktig der flere fysioterapeuter i kommunen ønsker å få økt sin driftsavtalehjemmel.

Slik § 2 i forskriften lyder, fritas kommunen for ekstern utlysning uten at det sies noe om at hjemmelsøkningen skal utlyses internt.. Det bør vurderes å ta inn et tillegg om at det skal gjennomføres en intern utlysning.

Direktoratet vil for øvrig uttrykke bekymring for at en omlegging hvor kommunene får et større ansvar for å finansiere fysioterapitjenesten, vil kunne føre til at flere kommuner velger å ikke oppjustere små hjemler i samme størrelsesorden som det faktiske behandlingsvolumet.

Ved at det blir mulig å øke eksisterende driftsavtalehjemler i stedet for å utlyse ledige deltidshjemler eksternt eller opprette nye driftsavtaler, anser direktoratet at det er en risiko for at behandlingsskapiteten i kommunene kan bli redusert, og at ventelistene vil øke. Det kan medføre at pasienter som har behov for fysioterapi, får et redusert behandlingstilbud med mulige negative følger for forløp og funksjonsnivå. Det kan også føre til at pasienter vil oppsøke mindre egnede behandlingsformer. Det er grunn til å tro at endringene vil gjøre det vanskeligere for nyutdannede fysioterapeuter å komme inn på arbeidsmarkedet, spesielt i privat praksis.

Direktoratet vil gi sin støtte til at det blir utarbeidet forskrift med nærmere bestemmelser om private tjenesteytere som har avtale med kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav.

Departementet bes videre vurdere om en ordning med driftsavtaler fortsatt er den best egnede ordningen i årene fremover, eller om det kan være mer hensiktsmessig med andre finansieringsordninger.

For øvrig stiller vi spørsmål ved uttalelsen i pkt. 11.2.6 om at forslaget til forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter ikke vil innebære administrative eller økonomiske konsekvenser.

Pkt. 11.3 – Forskriftsarbeid knyttet til kvalitetsforbedring med mer

Departementet viser til at forskrifter angående kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og internkontroll vil bli sendt på høring på et senere tidspunkt.

Helsedirektoratet vil i den forbindelse påpeke at utvikling av faglige retningslinjer vil være et viktig virkemiddel for å følge opp tjenestene. Det ansees også hensiktsmessig å inkludere indikatorer som en del av ledelsessystemene. Dette er noe som bør vurderes videre i Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.

ØVRIGE BEMERKNINGER

Helsedirektoratet ønsker å bemerke behovet for å utarbeide en egen forskrift knyttet til nytt fjerde ledd i helseregisterloven § 6 som gjelder krav til elektronisk behandling av opplysninger. I tillegg ser vi at det er et behov for å utarbeide en forskrift som regulerer krav til sertifisering, jf tilføyelsen "sertifisering" i helseregisterloven § 16 (4). Dette fordi direktoratet arbeider med å utrede en mulighet for selvdeklarerings/sertifiseringsordning, og i den forbindelse vil det bli viktig å se på forskriftsarbeidet tilknyttet de overnevnte bestemmelser.