

Helse- og omsorgsdepartementet

Hørings svar fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud – forslag til forskrifts endringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi viser til høringsbrev og høringsnotat 4. juli 2011. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud avgir felles høringsuttalelse. Vi har ikke hatt anledning til å gå i dybden på alle problemstillinger, men finner særlig grunn til å kommentere følgende forslag:

1. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Vi er enige i at det kan være behov for en regulering av samhandlingen mellom kommuner og sykehus i forbindelse med innleggelser og utskrivelser, og at de nærmere detaljene blir avklart gjennom lovpålagte avtaler lokalt. Det er samtidig viktig at forskriften regulerer de mest praktiske situasjonene som vil oppstå, slik at man unngår unødvendige konflikter og klager. Etter vår oppfatning vil ikke de foreslåtte bestemmelsene sikre kommunen rimelig tid og mulighet til å forberede seg på mottak av pasienten i alle situasjoner. Vi er også bekymret for at det kan bli praktisk utfordrende for kommunen å overholde de fristene som er satt.

Innledende kommentarer til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Vi støtter fullt ut intensjonene i samhandlingsreformen og det fremlagte forslaget til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter med hensyn til å tilrettelegge for at pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men som trenger fortsatt medisinsk og pleiefaglig oppfølging, raskere utskrives og overføres til et faglig forsvarlig og tilpasset tilbud i kommunen enn hva som ofte er tilfelle i dag. Vi er imidlertid skeptiske til om det regime som det fremlagte forskriftsforslaget legger opp til, er realistisk å gjennomføre i praksis.

Den gruppen av pasienter det her er tale om er sammensatt. Det dreier seg om mennesker som er ferdig behandlet for sin sykdom eller skade i spesialisthelsetjenesten, men som likevel vil trenge mer eller mindre omfattende oppfølging fra de kommunale helse- og omsorgstjenester for en kortere eller lengre tid, og som ikke allerede har fått etablert slikt tilbud før den aktuelle innleggelsen i sykehus. Hovedtyngden vil ligge på eldre personer, men det vil også være en del yngre med funksjonstap grunnet skader etter ulykker eller som har utviklet kroniske, invalidiserende sykdommer. Både blant de eldre og de yngre vil det være et stort spenn av ulike tilstander, og vi ser ikke helt hvordan det i mange av disse tilfellene vil være mulig i løpet av det første døgnet etter innleggelsen i spesialisthelsetjenesteinstitusjonen å foreta en

rimelig sikker vurdering av hvor raskt pasienten vil bli utskrevet og hvilket konkret hjelpebehov denne vil ha etter utskrivning. Dersom slike vurderinger og varsler skal ha mening med hensyn til å sette kommunen i stand til å forberede de nødvendige tiltak, må treffsikkerheten være gjennomgående høy. Vi vil derfor anta at det vil kunne bli behov for flere revurderinger underveis dersom kommunen skal ha reell mulighet til å forberede seg på det faktiske hjelpebehovet.

Vi mener at departementet i for stor grad har basert seg på et ”ideelt” innleggelsesforløp, der det allerede i løpet av det første innleggelsesdøgnet er helt klart hvor lenge oppholdet vil vare og hvilket hjelpebehov pasienten vil ha. Dette er sjelden tilfelle, og vurderinger så tidlig under innleggelsen vil derfor ofte bygge på utilstrekkelige forutsetninger. Og selv ved det ”ideelle” innleggelsesforløp skal det ikke mye til før pasientens utskrivningsbarhet blir fremskyndet med en dag eller to, gjerne i forkant av helg. Hva gjør kommunen da, som i et ”ideelt” tilfelle ikke har tilbudet sitt klart før på den dag de først er blitt forespeilet som utskrivningsdato?

Dersom vurderingene fra spesialisthelsetjenesten skal gi mening, må de gjennomføres, dokumenteres og rapporteres på en faglig og forvaltningsmessig korrekt måte. Dette vil kreve økt tidsbruk innen spesialisthelsetjenesten på arbeidsoppgaver som ikke er direkte nødvendige for den løpende behandlingen, og i kommunen vil det gå med tid til å vurdere hvilke konsekvenser rapporteringene skal få for planleggingen av oppfølgingstilbudet i kommunen. Vi ser at det for god samhandling er nødvendig å gjennomføre denne prosessen minst en gang per utskrivning og overføring, men dersom det legges opp til et regime som i praksis medfører at den må gjentas flere ganger før overføringen endelig kan iverksettes, vil dette medføre en unødvendig tidsbruk for både spesialisthelsetjenesten og kommunen. I de tilfeller der pasientens hjelpebehov åpenbart vil være både omfattende og sammensatt ser vi at det vil være en stor fordel å få dette klarlagt og meldt til kommunen så tidlig i forkant av utskrivning som mulig. For pasienter med mer usikker utskrivningsdato og hjelpebehov mener vi at det er mer hensiktsmessig å sette tidsfristen i motsatt ende av innleggelsesoppholdet – nemlig at spesialisthelsetjenesten må melde hjelpebehovet til kommunen senest innen en viss frist før antatt dato for utskrivning, når man med rimelig sikkerhet vet hva dette behovet vil være.

Et annet forhold vi vil påpeke er at forskrift og høringsnotat legger opp til døgkontinuerlig drift i det kommunale organ som skal avgjøre hvorvidt kommunen er i stand til å møte pasientens hjelpebehov ved utskrivning når pasienten er definert som utskrivningsklar. Det fremgår verken av forskriftsforslaget eller høringsnotatet annet enn at kommunen har plikt til straks å gi beskjed om kommunen er i stand til å motta pasienten. Vi mener det bør gjennomtenkes grundig om man virkelig skal belaste det kommunale fagapparatet, som mange steder sliter med å skaffe nok arbeidskraft til selve pleieoppgavene, med en slik vaktordning. Vi mener derfor at kravet ikke bør være strengere enn at kommunen plikter å gi slik tilbakemelding i løpet av første virkedag.

Etter disse generelle kommentarer har vi i det følgende gitt mer konkrete tilbakemeldinger på innholdet i teksten i forskriftsutkastet:

Til § 3

I kommentarene til § 3 annet ledd i høringsnotatet er det lagt til grunn at det vil starte en ny 24-timers frist når sykehuset i utgangspunktet har vurdert at det ikke er behov for kommunal oppfølging, men pasientens behov endrer seg i løpet av sykehusoppholdet.

Vi kan ikke se at denne problemstillingen er dekket verken av fristreglene i § 3 annet ledd eller av unntaket i § 3 tredje ledd. Ut fra hensynet til reglenes formål og sammenhengen i regelverket er det naturlig å legge den forståelsen til grunn som fremgår i høringsnotatet. Vi mener likevel at dette bør fremgå uttrykkelig av ordlyden i forskriften – både av hensyn til enkeltpersonell som skal anvende forskriften og av hensyn til de virksomhetene som skal operasjonalisere forskriftens krav gjennom samarbeidsavtaler og interne prosedyrer.

Videre er det slik at både forventet utskrivningstidspunkt og pasientens bistandsbehov kan ha endret seg i løpet av sykehusoppholdet. Sykehuset har for eksempel gitt beskjed om at pasienten kan bli utskrevet til eget hjem med ordinær hjemmesykepleie, mens det når utskrivelsen nærmer seg viser seg at pasienten vil ha behov for heldøgns omsorg- og pleie. Eller pasienten kan bli skrevet ut på et *tidligere* tidspunkt enn det spesialisthelsetjenesten i første omgang vurderte. For at kommunen skal kunne forberede seg på slike situasjoner (og gi svar *straks* når pasienten er utskrivningsklar), må spesialisthelsetjenesten holde kommunen løpende oppdatert om vesentlige endringer i forventet utskrivningstidspunkt og bistandsbehov. Etter vår oppfatning bør også dette fremgå av ordlyden i forskriften.

Vi vil videre å påpeke at kommunene har organisert sitt pleie- og omsorgstilbud på ulike måter, noen kommuner yter svært mye hjemmebasert pleie, mens andre har lavere terskel for å ta pasienter inn i sykehjem. Det er opp til kommunen å vurdere på hvilken måte hjelpen skal gis – så sant det kan gis faglig forsvarlige tjenester. Selv om det neppe har vært intensjonen, kan fristreglene i § 3 tolkes slik at spesialisthelsetjenesten kan legge føringer for kommunens valg av tjenestetype. Spesialisthelsetjenesten bør ha plikt til å vurdere hvilket hjelpebehov pasienten vil ha (hva pasienten vil trenge hjelp til og i hvilket omfang) – uten at dette i forskriften behøver å være knyttet til ulike kommunale tjenestetyper.

Til § 5

Vi ser behovet for regler som sikrer en rask avklaring og overføring når en pasient er utskrivningsklar, men ser samtidig at kommunens plikt til å avgi svar *straks* kan bli praktisk utfordrende å etterleve. Plikten vil gjelde uavhengig av når på døgnet meldingen fra spesialisthelsetjenesten kommer og uavhengig av hvor lenge i forkant kommunen har fått varsel etter § 3. Personell som arbeider utenfor kontortid i kommunens helse- og omsorgstjeneste (legevakt, sykehjem, hjemmesykepleie) vil slik som disse tjenestene er organisert i dag, vanskelig kunne ha oversikt over kommunens tjenestetilbud og tilgjengelige ressurser. Det er som oftest personell i mer administrative stillinger som har denne oversikten og kjenner systemene og tilbudet som helhet.

Både utskrivningstidspunkt og pasientens bistandsbehov kan dessuten ha endret seg siden kommunen har fått varsel etter § 3, samtidig som det skjer en løpende prioritering av ressursene i den kommunale helsetjenesten. *Straks* er heller ikke et absolutt begrep, slik som 24 timers regelen som skal gjelde for spesialisthelsetjenesten. Hvor stort slingringsmonn skal kommunen ha og fortsatt kunne overholde *straks*-fristen – for eksempel i situasjoner hvor meldingen fra spesialisthelsetjenesten kommer ved eller rett etter kontortidens slutt? Vi mener at kommunens svarfrist bør bli regulert på en måte som gir minst mulig rom for tolkning og skjønn, og at fristen ikke bør bli satt slik at kommunen må ha administrativt personell i døgnberedskap.

Til § 6

Det fremgår ikke av forslaget hvorvidt betalingsfristen inntreffer hvis kommunen ikke overholder plikten etter § 5 til å avgi svar *straks*.

Til § 7 og 8

Vi mener at det bør bli stilt krav om at kommunen og spesialisthelsetjenesten har forsøkt å avklare saken seg i mellom før klage til fylkesmannen, herunder at kommunen har fått redegjørelse etter § 7 i forkant av klage.

2. Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

Vi er i utgangspunktet enige i at dagens regler trenger å forenkles, men mener at høringsnotatets fremstilling av problemstillingen kan nyanseres. Selv om det i dag er et mindre antall institusjoner enn tidligere, vil de likevel være tyngende for de kommunene som fortsatt har institusjoner. Rent praktisk ser vi dette i kommuner som har psykiatriske institusjoner og rehabiliterings-, opplærings eller kompetansesentre (for blinde, døve med mer). Det finnes også samlokaliserte, privat drevne boliger knyttet til enkelte funksjonshemninger hvor den enkelte har leiekontrakt og hvor brukere flytter dit som følge av kompetansen som finnes på stedet.

Vi mener det er viktig å utrede om tilskuddsordningene er tilstrekkelige for å dekke opp for dette, når det ofte dreier seg om brukere med livslange hjelpebehov. Vi stiller spørsmål ved om kommunen kan vegre seg for å få slike sentre etablert i kommunen dersom de også får den hele og fulle kostnad for hjelpebehovene for de som bor der.

Vi mener det er positivt at den nye vertskommunen og tidligere oppholdskommune skal være enige før det kan kreves refusjon. Samtidig er det viktig å ta stilling til hvordan eventuelle uenigheter om tjenestenivået skal løses. Nivået på tjenester kan variere stort fra kommune til kommune, og forskriften bør derfor ta stilling til hvem som skal løse slike konflikter.

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

Når det gjelder utviklingshemmede som har vedtak om bruk av tvang etter ny lov kapittel 9, er det et krav om at det skal oppnevnes hjelpeverge. I praksis er det svært mange personer med utviklingshemming som mottar tjenester som har fått oppnevnt hjelpeverge, ofte med myndighet til å vareta klientens anliggender i sin alminnelighet, jf. vergemålsloven § 90b. I mange tilfeller er dette en nær pårørende, men ikke i alle.

I forslaget til § 4 annet ledd er nærmeste pårørende gitt rett til å medvirke når pasient eller bruker ikke har samtykkekompetanse. Nærmeste pårørende skal videre etter første ledd trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasient eller bruker (og pårørende selv) ønsker det.

Fylkesmannen mener det er behov for å avklare hva som ligger i begrepet *nærmeste pårørende* i disse situasjonene. Mener man å vise til oppregningen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b, hvor oppnevnt hjelpeverge vil kunne bli ansett som den nærmeste pårørende? Eller mener man at nærmeste pårørende i betydningen *nær slekting* skal ha rett til å medvirke? Eller vil en hjelpeverge tre direkte inn i brukerens rett til å medvirke etter første ledd?

Vi viser i den forbindelse til at verken pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 om samtykkekompetanse, § 3-1 annet ledd om nærmeste pårørendes rett til å medvirke når

pasienten ikke har samtykkekompetanse, eller definisjonen av nærmeste pårørende i § 1-3 bokstav b skal gjelde for brukere som mottar omsorgstjenester – kun for pasienter som mottar helsehjelp.

Særlig om samhandling med andre aktører i forbindelse med individuell plan

Vi støtter at ansvarsforhold og samhandling mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten blir bedre regulert. I praksis er det ofte flere andre kommunale sektorer inne i bildet, slik som for eksempel NAV, barnevern og skole.

Etter vår oppfatning er det behov for en avklaring av hvordan kommunen/helseforetaket skal forholde seg der hvor bruker/pasient også mottar tjenester fra andre sektorer og hvem som skal ha ansvaret hvor flere lovverk gir rett til individuell plan.

Gjennom våre tilsynserfaringer ser vi at det ofte knytter seg utfordringer til den interne samhandlingen mellom ulike sektorer i kommunen og overordnet styring med denne. Vi ser at disse spørsmålene vanskelig kan bli regulert gjennom denne forskriftsrevisjonen, men vil samtidig peke på at dette er en praktisk problemstilling.

Med hilsen

Fylkesmannen i Buskerud

Helsetilsynet i Buskerud

Kirsti Kolle Grøndahl
fylkesmann

Ketil Kongelstad
fylkeslege