



# Helsenettverk Lister

Samhandling innen helse- og omsorg

Kommunenes Sentralforbund

Postboks 1378 Vika

0114 OSLO

Deres ref.: <i>Sigrid Askum</i>	Arkiv-ID: 10/1572- 4	Arkivkode: G00, &00	Saksbeh.: Inger Marethe Egeland	Dato: 16.09.2011
	Journal-ID: 11/13571		Telefon:	

## Høringsinnspill: forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi viser til brev fra Kommunesektorens interesse og arbeidsgiverorganisasjon (KS) av 12. august 2011 vedrørende invitasjon til å gi innspill til KS sin høringsuttalelse i forbindelse med Helse- og

---

Postadresse:	Telefon:	98 46 06 32
Kirkegt.50	Mobilff.:	38 32 80 09
4400 Flekkefjord	E-post:	egeing@flekkefjord.kommune. no

omsorgsdepartementets forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Nedenfor følger en administrativ høringsuttalelse fra kommunene Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal i Listerregionen. Svaret sendes i kopi til Helse- og omsorgsdepartementet og er således også Listerregionens svar på departementets brev av 4. juli 2011.

## **1.0 Generelle innspill til høringsnotatet**

Innledningsvis vil vi signalisere at en plikt for kommuner og helseforetak til å inngå avtaler jfr § 6-1 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som vil være gjeldende fra 1.1.2012 gjør det vanskelig, om ikke umulig for kommunene å ivareta gode prosesser internt i kommunene, og mellom kommune og helseforetak. De prosessene og tidsfristene departementet har lagt og legger opp til i forbindelse med implementering av samhandlingsreformen indikerer at sentrale myndigheter har begrenset kjennskap den kommunale hverdagen og til lokalpolitiske forhold. Det vil være de nyvalgte kommunestyrene som vil måtte ta stilling til å inngå viktige juridisk bindende avtaler, som en av de første sakene de vil behandle høsten 2011.

Kommunene i Lister ser et behov for å utsette gjennomføringen av nye forskrifter for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og forskrift om kommunal medfinansiering, frem til august 2012, når det vil være realistisk at kommunene og helseforetakene har forhandlet frem gode rutiner, avtaler og prosedyrer som det er beskrevet i § 6-2 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Veilederen fra departementet, som skal være et verktøy og hjelpemiddel i arbeidet med avtalene, er ennå ikke klar medio september.

Sørlandet sykehus, avdeling Flekkefjord er lokalsykehus til innbyggerne i Rogaland kommunene Lund og Sokndal, samtidig som mange av innbyggerne i Lister kommunen Sirdal behandles i Helse – Vest. I henhold til lovens § 6-1 vises det til *en* avtale, ikke til flere, noe som vil være aktuelt for foretak som har sitt nedslagsfelt på tvers av fylkesgrenser og/eller etablerte regionale kommunesamarbeid

Kommunene i Lister er opptatt av at departementet gir et klart svar på om det vil forventes at Sørlandet sykehus forholder seg til de avtalene og prosedyrene som kommunene i Rogaland har fremforhandlet med Helse – Vest, eller om det vil være kommunene som vil måtte forholde seg til flere enn en avtale og ett sett prosedyrer?

Kommunene i Lister mener det vil være viktig å presisere i lov eller forskrift hvem som er ansvarlig for at det til en hver tid er på plass gyldige avtaler mellom kommunene og de helseforetak, herunder private, som behandler pasienter fra aktuell kommune.

## **2.0 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter**

Generelt oppleves forskriftsforslaget som upresist med hensyn til definisjon av når en pasient er utskrivningsklar. Lovens § 6-2, 1. ledd nr.5 forutsetter at begrepet "utskrivningsklar" er definert. I forarbeidene til loven (Prop. 91 L side 441) står det "*Det legges til grunn at det benyttes en felles nasjonal definisjon av hvilke pasienter som er utskrivningsklare*" Kommunene i Lister mener at dette ikke ivaretas i forslaget.

I forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 1 virkeområde, slås det fast at kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter gjelder somatiske pasienter ved offentlige og private sykehus som har avtaler med regionale helseforetak.

Lister kommunene understreker viktigheten av at de private sykehusene som omfattes av avtaler med regionale helseforetak tilpasser sine rutiner, herunder prosedyrer for inn- og utskrivning, til de avtaler og prosedyrer som er inngått og fremforhandlet mellom helseforetaket og den enkelte kommune.

Det fremstår som uklart om det er oppholdskommunen eller den kommunen, hvor en pasient er folkeregistrert, som har betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. På side 18 i høringsnotatet vises det til at det er kommunen hvor en pasient er folkeregistrert som har betalingsplikten, mens begrepet *kommune* benyttes i forskriftsforslaget. Mange studenter er folkeregistrert i en kommune, men oppholder seg i en annen kommune. Dersom regningen sendes til den kommunen hvor vedkommende er folkeregistrert vil oppholdskommunen ikke ha det samme insitament til å ta imot pasienten innen fristen.

I forslag til forskrift om kommunal medfinansiering benyttes begrepet *egne innbyggere* i forhold til hvem kommunen har medfinansieringsansvar for.

Begrepsbruken bør være ensartet og prinsippene for hvilken kommune som har ansvar i de ulike situasjonene bør fremgå tydelig.

§ 3 i forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter presiserer spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling, og det skisseres hvilke prosedyrer som spesialisthelsetjenesten skal følge. § 3 bokstav a tilsier at spesialisthelsetjenesten innen 24 timer etter innleggelsen skal foreta en vurdering av hvor lenge innleggelsen antas å vare, og om pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon.

Kommunene i Lister vil på det aller sterkeste fraråde at det brukes en formulering som kan gi inntrykk av at spesialisthelsetjenesten skal uttale seg om hvilke kommunale tjenester en pasient vil ha behov for. Dette er utelukkende opp til kommunene å vurdere basert på spesialisthelsetjenestens beskrivelse av pasientens funksjonsnivå.

Det kan ikke være slik at det er spesialisthelsetjenesten som skal vurdere hvorvidt en pasient må skrives ut til helse og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon. Kommunene har stor frihet i sin organisering av tjenestene og en gjennomgang vil vise et mangfold av måter å gjøre dette på. Flere kommuner har valgt å organisere sine korttidsplasser som en del av de hjemmebaserte tjenestene og de fleste kommuner driver i dag sine mest intensive og spesialiserte sykepleietjenester i disse korttidsavdelingene og i den enkeltes hjem. Det må derfor være opp til den enkelte kommune å styre om en pasient best kan ivaretas ved å motta tjenester i hjemmet eller i institusjon.

Slik formuleringen i § 3 bokstav a fremstår så kan vi se for oss situasjoner der sykehuset vurderer at pasienten må skrives ut til institusjon mens kommunen vurderer at pasienten best, og på en faglig forsvarlig måte, kan ivaretas i eget hjem.

Vi forutsetter at pasienten (eller pasientens representant) er delaktig i vurderingen av hvorvidt pasienten vurderes å ha behov for kommunal oppfølging i etterkant av sykehusinnleggelsen, og

at det ikke må skapes feil forventninger hos brukere og pårørende mht. hvilke tjenester de vil ha krav på etter utskrivelse.

På side 20 i høringsnotatet står: *“Departementet vil understreke at det ikke er opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere hvorvidt kommunen har et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient etter utskrivning. Det er kommunen som skal vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha, og om tilbudet totalt sett er forsvarlig. Kommunen kan likevel ikke gi beskjed til spesialisthelsetjenesten om at man er klar til å motta en pasient dersom det ikke finnes et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient i kommunens helse- og omsorgstjeneste. I et slikt tilfelle er utgangspunktet at kommunen må betale sykehuset frem til kommunen er i stand til å tilby et forsvarlig tilbud til pasienten. jf. forslag til § 6.”*

Formuleringen kan bidra til å skape uklarheter og undergrave det ansvar og den frihet som kommunen har for å faglig vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbud til pasienter skal ha, samtidig som det kan skape usikkerhet i forhold til hvem som skal vurdere om det tilbudet som kommunen vurderer at pasienten har behov for er faglig forsvarlig.

Vi viser forøvrig til høringsnotatet på side 17 der det står følgende: *Forskriften skal ikke regulere hvor pasienten skal få behandling eller i hvilket omfang pasienten skal gis tilbud om behandling. Dette skal følge av pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Det grunnleggende er at pasienten skal få forsvarlig behandling.* I stedet for å angi hvor/i hvilken form en tjeneste skal ytes i kommunen så bør det heller i forskriften pålegges spesialisthelsetjenesten å beskrive pasientens konkrete behov for medisinsk oppfølging og rehabilitering etter utskrivning fra sykehus. Så må det være opp til kommunen å ivareta dette på en faglig forsvarlig måte.

Videre heter det i § 3 bokstav b at spesialisthelsetjenesten innen 24 timer skal varsle kommunen om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. Vi mener at det her må presiseres at sykehusene også skal ha plikt til å varsle om endringer i pasientforløp og behov også utover de første 24 timer etter innleggelse.

Når varsel er gitt vil kommunen begynne å forberede mottak av pasienten enten i eget hjem eller i kommunale plasser tilrettelagt for denne type tjenester. I de tilfeller der forventet utskrivningstidspunkt stemmer overens med det reelle utskrivningstidspunktet vil dette være forutsigbart og kunne foregå på en effektiv måte.

I de tilfeller hvor sykehusets vurdering av utskrivningstidspunkt blir forskjøvet vil kommuner måtte bruke unødvendige ressurser f.eks ved at senger i korttidsavdelinger vil holdes unødvendig ledig og at kapasitet dermed ikke vil kunne utnyttes fullt ut.

Kommunene i Lister mener at i det vil være behov for en tilsvarende betalingsplikt fra sykehus til kommuner. En slik betalingsplikt vil kunne dekke eventuelle tap kommunene lider som følge av feil opplysninger mht. utskrivningstidspunkt. En gjensidig betalingsplikt vil bidra til at begge tjenestenivå vil kunne ha mulighet til å drifte sine tjenester optimalt.

§ 3 er også uklar med hensyn til hvem i spesialisthelsetjenesten som skal foreta vurderingene. Det er forskjell på om en vurdering og avgjørelse treffes av turnuslege, spesialsykepleier eller spesialistlege. Forskriften må være tydelig på hvilket kompetansenivå i spesialisthelsetjenesten som skal foreta vurderinger og fatte avgjørelser etter § 3. Dette vil også gjelde for § 4.

Det foreslås følgende forslag:

*“vurderinger i spesialisthelsetjenesten etter denne forskrift skal enten foretas av eller være godkjent av lege i spesialisering eller overordnet lege. Dette skal fremgå av pasientjournalen”*

I § 4 gis vilkårene for at en pasient skal anses som utskrivningsklar. Forslaget viderefører ikke, slik vi oppfatter det, bestemmelsene i § 3 i forskrift 16. desember 1998 nr.1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, en paragraf som angir kriterier for når en pasient er utskrivningsklar. I § 7 i forslaget så kan kommunen kreve å få en redegjørelse for de vurderinger spesialisthelsetjenesten har foretatt etter § 4 og § 5.

Til § 4 mener vi at det er behov for å forskriftsfeste kriterier som skal være med i vurderingen av en utskrivningsklar pasient jfr. tidligere forskrift.

Vi mener at felles avklarte kriterier for når en pasient er utskrivningsklar er en viktig og nødvendig forutsetning for et smidig og godt samarbeidet mellom kommune og sykehus. Kommunene i Lister vil derfor oppfordre til at bestemmelsene i § 3 i forskrift 16. desember 1998 nr.1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter videreføres i ny forskrift. Dersom tilsvarende kriterier må avtales mellom hver enkelt kommune og helseforetak, vil dette kunne åpne for ulike prosedyrer mv i de ulike helseregionene og stride mot prinsippet om likeverdige tilbud til alle pasienter.

I forslag til § 5 andre ledd i ny forskrift, skal kommunen etter den har mottatt melding fra spesialisthelsetjenesten om en utskrivningsklar pasient, jfr. § 4 tredje ledd, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Kommunen skal avggi svar straks.

Kommunene i Lister mener man i en forskrift ikke bør bruke formuleringer som med stor sannsynlighet vil kunne fortolkes ulikt og således bidra til konflikter og uenighet mellom partene. I høringsnotatet side 22 kan man lese følgende: *Utgangspunktet er likevel slik at kommunen ikke kan avvente med å gi svar til dagen etter de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten.*”

Kommunene er ulikt organisert og ulike ressurser. Slik forslaget foreligger stiller det krav til at kommunene må ha etablere en forvaltningsenhet som har åpent syv dager i uken.

Eksempelvis vil en situasjon hvor en pasient blir lagt inn fredag ettermiddag kl 16.00, og at spesialisthelsetjenesten sender melding til kommunen lørdag kl. 15.00 om at pasienten vil være utskrivningsklar søndag morgen kl. 08.00, kreve at kommunen gir spesialisthelsetjenesten svar i løpet av lørdags ettermiddag/ kveld.

Dersom pasienten vil ha behov for tjenester som krever individuelle vedtak vil dette vanskelig la seg gjøre på så kort varsel.

Kommunene i Lister mener 24 timers fristen også bør gjelde for kommunene mht. frist for å gi svar til spesialisthelsetjenesten, jfr. § 5.

Kommunene i Lister mener også at kommunen i tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten varsler kommunen jfr. § 3 og samtidig, eller innen samme døgn, melder at pasienten vil være utskrivningsklar samme dag eller påfølgende dag, bør gis en frist på ytterligere 24 timer fra de har avgitt svar til betalingsplikten inntre. Dette for å sikre pasientene gode tilbud som er basert på helhetlige og (tverr)faglige prosesser og vurderinger i kommunen.

Vi leser av forslag til § 6 at betalingsplikten inntre fra den dagen en pasient blir erklært utskrivningsklar, under den forutsetning at kommunen har bekreftet at de IKKE kan ta i mot

vedkommende. Kommunene i Lister vil understreke viktigheten av at spesialisthelsetjenesten må ha en positiv bekreftelse fra kommunen som sier at de er klar over og godtar at betalingsplikten vil inntre, før de registrerer pasienten som utskrivningsklar.

I følge forslag til § 7 vil kommunene ha krav på å få en redegjørelse for de vurderinger spesialisthelsetjenesten har foretatt etter §§ 3 og 4. Kommunene i Lister mener det som følge av dette bør utarbeides nasjonale regler som trer i kraft ved mislighold, f.eks reduksjon i pris dersom informasjon fra helseforetaket ikke er gitt i henhold til det partene har avtalt, dette bør forskriftsfestes. Det må også forskriftsfestes at kommunens betalingsplikt ikke vil gjelde dersom feil knyttet til for eksempel prosedyrer/kommunikasjon ligger hos helseforetaket.

Forskriften gir liten veiledning på hvordan det skal forholdes ved reinnleggelser som kan tilbakeføres til for tidlig utskrivning eller feilvurderinger. Dersom en reinnleggelse kan skyldes at en pasient ikke var tilstrekkelig utredet i spesialisthelsetjenesten, herunder i andre avdelinger enn den hvor pasienten var innlagt, må det i forskriften gis et tillegg som fritar kommunen for betalingsplikt (medfinansieringsansvar) når pasienter reinnlegges som følge av for tidlig utskrivning eller feilvurderinger.

Klagerett etter § 8 knytter seg utelukkende til selve forskriften. Spesialisthelsetjenesten skal i henhold til § 4 foreta en vurdering av om når en pasient er utskrivningsklar. Det knyttes ikke enkeltvedtak til en slik vurdering. Kommunene i Lister stiller seg derfor undrende til hvilken hjemmel fylkesmannen er tiltenkt som klageinstans og om partene vil bli bundet av fylkesmannens avgjørelse. Det er også uklart om avgjørelsen til fylkesmannen kan påklages videre.

Det foreslås heller at fylkesmannen kan ivareta rollen som tvisteløsningsorgan, dersom ikke annet er avtalt av partene selv gjennom avtaler.

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

Innledningsvis er det viktig å presisere at kommunene i Lister mener at intensjonene i samhandlingsreformen, om økt satsning på forebygging og behandling på laveste effektive omsorgsnivå, er veldig gode. Men når vi nå har fått vite at økonomiske rammene kommunene får ikke gir oss handlingsrom til verken å bygge opp forebyggende tiltak, heve kompetanse eller bygge opp faglig forsvarlige lokale tilbud, frykter vi at reformen vil gi dårligere tjenester for våre innbyggere.

I stedet for å bruke de økte rammeoverføringene på å utvikle gode forebyggende tiltak og bygge opp kompetanse og lokale tilbud før- istedenfor og etter behandling, må vi sette de midlene vi får overført på høyrente konto og håpe at vi ikke må ta opp lån for å dekke regningene fra spesialisthelsetjenesten. Skal man lykkes med en reform er det viktig at man har mulighet til å innføre og gjennomføre de sentrale tiltakene som forutsettes.

Departementet opplyser i høringsnotatet side 29 at de i forbindelse med regelverket i Prop. S 1 skal forta en vurdering av eventuell betaling for reinnleggelser. Kommunene i Lister mener regelverket rundt medfinansiering av reinnleggelser hører hjemme sammen med øvrige regler om medfinansiering og er så viktig at det burde vært tatt inn i forslag til forskrift slik at det ville vært mulig å gi en høringsuttalelse på dette punkt også.

Vi ser at det er en fare for at spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienter for tidlig og at dette vil kunne medføre helt nødvendige re - innleggelser av pasienter. For kommunene vil dette medføre

ekstra utgifter til medfinansiering av ny innleggelse, mens det for sykehuset vil være en ekstra inntekt dersom kommunen må medfinansiere når utskrevne pasienter legges inn på nytt. Det er derfor viktig å definere medfinansieringsansvaret i de tilfeller der pasienter, som er blitt vurdert som utskrivningsklare pasienter, får behov for nødvendige re – innleggelser. Det må ikke være økonomisk gevinst for sykehusene i å forsere utskrivning av pasienter.

I forslag til forskrift om kommunal medfinansiering bør det derfor presiseres at kommunenes medfinansieringsansvar ikke vil gjelde for reinnleggelser som skjer i løpet de fem første dagene etter at en pasient er skrevet ut av sykehuset. En slik regel vil også kunne fungere som et insentiv til spesialisthelsetjenesten til å foreta helhetlige utredninger av pasienter med sammensatte lidelser.

Som det fremgår av forslaget § 1 gjelder kommunens medfinansieringsansvar innleggelser i spesialisthelsetjenesten og poliklinisk utredning og behandling. I dag er det en rekke pasienter som går til polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten som kunne vært håndtert av pasientens fastlege. Kommunene i Lister er opptatt av at spesialisthelsetjenesten ikke bør kunne kalle inn til polikliniske konsultasjoner uten å ha konferert med pasientens fastlege og fått en bekreftelse fra sistnevnte på at han eller hun er enig i at oppfølgingen bør skje poliklinisk. Spesialisthelsetjenesten bør gis en plikt til å avklare videre oppfølging av pasienten med vedkommende sin fastlege. Dette bør forskriftsfestes.

Spesialisthelsetjenesten har i følge Spesialisthelsetjenestelovens § 6-3 veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Kommunene i Lister mener denne plikten bør kunne legges til rette for kompetanseoverføring mellom de to nivå, slik at kommunehelsetjenesten vil bli i stand til å ivareta oppfølging av pasienter som tidligere har gått til polikliniske konsultasjoner.

Forskriften bør ha en egen paragraf som omhandler klager. Klageinstans bør være Fylkesmannen, eller et nasjonalt klageorgan.

#### **4.0 Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften**

Ingen kommentarer til denne.

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

Dagens sosialtjenestelov § 10-1 andre ledd bestemmer at "tjenestene skal ytes" av tidligere oppholdskommune når pasienten eller brukeren oppholder seg i institusjon. Etter utskrivning skal tjenestene "ytes av" den nye oppholdskommunen, man utgiftene "kan kreves refundert" av tidligere oppholdskommune. Begrepet "yte" i sosialhelsetjenestelovens § 10-1 er synonymt med begrepet "sørge for" i ny helse- og omsorgstjenestelov, hvor sørge for ansvaret er lagt til oppholdskommunen jffr. § 3-1 første ledd. Det er kun betalingsansvaret som kan reguleres.

Kommunene i Lister støtter departementets vurderinger og slutter seg også til forslaget om at det kun skal være adgang til å kreve refusjon for tjenester som kommunene har blitt enige om.

I høringsnotatet fremgår det at departementet foreslår i hovedsak at gjeldende rett videreføres inntil videre. Dette betyr at det foreslås presisert i forskrift at det kan kreves refundert utgifter til plass i institusjoner som aldershjem, barnebolig og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

Kommunene i Lister er enige i departementets vurdering at behovet for en slik refusjonsordning er minimal i dag ettersom de fleste institusjonene med beboere fra nasjonale eller regionale opptaksområder er nedlagt.

Departementet ber høringsinstansene om særlig å kommentere i hvilken grad reglen om adgang til å kreve refusjon for det som i dag regnes som sosiale tjenester etter utskrivning fra institusjon bør videreføres.

Kommunene i Lister støtter departementets skepsis til at institusjonskommunenes adgang til å kreve refusjon fra tidligere oppholdskommune etter utskrivning fra institusjon videreføres. Vi deler departementet vurdering av at det er urimelig at en annen kommune enn bostedskommunen skal dekke utgifter til BPA, støttekontakt, omsorgslønn eller personlig assistanse, og vil derfor anbefale at § 2 fjerde ledd ikke videreføres.

Sørge for ansvaret innebærer at kommuner som har mange hytter og som er feriekommuner må yte helsehjelp til personer som ferierer i kommunene. Det er ikke knyttet noen refusjonsordninger til slike utgifter.

Kommunene i Lister er enig med departementet i deres vurdering om at en refusjonsordning som gjelder ferierende vil være vanskelig å forvalte. Vi støtter derfor forslaget om videreføring av gjeldende rett, men vil presisere at det bør tas hensyn til de belastningene "feriekommuner" har i forbindelse med vurdering av skjønnsmidler.

## **6.0 Forslag til forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning.**

Kommunene i Lister støtter departementets forslag om å oppheve folketrygdloven § 22-4. Vi støtter også forslaget om ikke å videreføre følgende forskrifter:

- forskrift 11.desember 1998 nr. 1018 om disponering av kontantytelser for folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- kapittel 6 i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester
- Forskrift 20.mars 1973 nr. 02 om disponering av kontantytelser fra folketrygden til personer innlagt i helseinstitusjoner for langtidspasienter
- Forskrift 20.mars 1973 nr. 9769 om disponering av kontantytelser fra folketrygden til pasienter i privat forpleining etter spesialisthelsetjenesteloven § 8-3.

Pasienter eller beboere som ikke er i stand til å disponere sine egne midler bør få hjelp til dette fra sine pårørende eller hjelpeverge.

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

Kommunene i Lister støtter forslaget om at dagens regler som presiserer hvilke tjenester det ikke kan kreves vederlag for erstattes med regler om hvilke tjenester det faktisk kan kreves vederlag for.



## **8.0 Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling.**

Ingen kommentar til denne.

## **9.0 Forslag til forskrift om kommunal helse- og institusjonsomsorg**

Følgende regnes som institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven: sykehjem, aldershjem, bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester, herunder avlastningsboliger og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, jfr. § 1 i forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

§ § 2 og 3 i forslag til forskrift foreslår å unnlate aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige som institusjon i henhold til hhv pasientskadelovens § 1 første ledd bokstav a og helsepersonellovens § 3.

Kommunene i Lister stiller seg bak forslag til ny forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, all den tid helsepersonellovens bestemmelser gjelder for alt helsepersonell som yter helsehjelp til personer som oppholder seg i aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige og at pasientskadeloven gjelder dersom beboere skades når de mottar helsehjelp fra helsepersonell med autorisasjon eller lisens, eller fra personer som opptre på disses vegne jfr pasientskadelovens § 1 første ledd bokstav c.

## **10.0 Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse**

Kommunene i Lister har følgende innspill til pkt. 8.2 Om mottakere av omsorgslønn:

*I høringsnotatet på side 74 står følgende: I proposisjonen har departementet lagt til grunn at personer som mottar omsorgslønn, jf. lovforslaget § 3-7, ikke vil være omfattet av helsepersonelloven. Det er vist til at det her er snakk om økonomiske ytelser som gis til en annen enn den enkelte pasient eller bruker, typisk en pårørende, og at det ikke er naturlig å se det slik at denne personen yter helsehjelp i henhold til helsepersonelloven. Departementet har i den forbindelse vist til at lovens § 2-1 andre punktum gir adgang til i forskrift å fastsette at personer som mottar omsorgslønn ikke skal anses som personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester.*

Kommunen har en plikt til å forsikre seg om at omsorgslønn er den beste løsningen og ansvar for at tjenesten som blir gitt blir forsvarlig utført, jf kravet om internkontroll.

Omsorgslønnslostmottakere yter i de aller fleste tilfeller helsehjelp i henhold til helsepersonelloven. Helsepersonelloven § 3 , tredje ledd definerer hva som er helsehjelp: *Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.*

I rundskriv I-42/98 om omsorgslønn står følgende: *Det er ikke alle former for omsorgsarbeid som bør gi grunnlag for omsorgslønn. Det bør vere ein føresetnad at søkjaren utfører omsorgsarbeid som elles ville høre under helse- eller sosialtenesta i kommunen.* I rundskrivet nevnes som eksempler hjelp til personlig pleie, mating, tilsyn. Dette er tjenester etter ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester, tjenester som til daglig utføres av personell som omfattes av helsepersonelloven.

Det kan derfor virke noe uryddig og uklart når departementet påpeker at det ikke kan sies å være samme behov for at helsepersonelloven skal gjelde for mottaker av omsorgslønn som for personell som yter andre tjenester etter loven. ' .

Kommunene i Lister har følgende innspill til pkt. 8.3 Dokumentasjonsplikt for personell som yter tjenester som ikke er å anse for helsehjelp.

*I Prop. 91 L pekte departementet på at helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 første punktum om at helsepersonelloven skal gjøres gjeldende for personell etter ny helse- og omsorgstjenestelov, vil medføre at helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt skal gjelde tilsvarende for personell som yter tjenester etter lovforslaget uten å være helsepersonell. Dette gjelder for eksempel personell som yter praktisk bistand og støttekontakter.*

Helsepersonelloven § 3 definerer hvem som er helsepersonell:

*Med helsepersonell menes i denne lov:*

- 1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49,*
- 2. personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,*
- 3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd.*

*Helsepersonelloven § 3, tredje ledd definerer hva som er helsehjelp: Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.*

Det er vanskelig å se at praktisk bistand og støttekontakt ikke faller inn under handlinger som er helsehjelp beskrevet i tredje ledd. En støttekontakts oppgave vil i de aller fleste tilfeller være både forebyggende, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende og dermed defineres som helsehjelp. Det samme kan praktisk bistand være. I de fleste tilfeller gis disse tjenestene som en del av en større helhet og med klare målsettinger, for eksempel som en del av tjenestene i en individuell plan.

## **11.0 Forslag til forskrift om rett til helse og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket**

I forslaget får barn en utvidet rett til hjelp ved at hjelpen utvides til også å omfatte nødvendige omsorgstjenester i tillegg til nødvendig helsehjelp. Dette vil kunne gi økte utgifter for enkeltkommuner, f.eks. kommuner som har asylmottak og mottak der det bor mindreårige asylsøkere.

Denne endringen styrker barns rettigheter, noe kommunene i Lister stiller seg bak. Vi vil likevel påpeke behovet for at det opprettes kompensasjonsordninger til kommuner som får ekstra økonomiske belastninger som følge av denne endringen, slik at dette ikke kan brukes som et argument for ikke å ta imot asylsøkere eller for ikke å åpne for drift av asylmottak i enkelte kommuner.

## **12.0 Forslag til endringer av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse og omsorgslovgivingen**

Ingen kommentarer til denne.

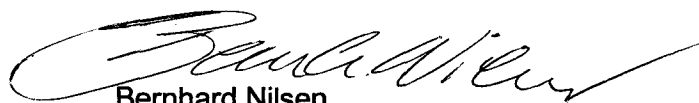
### **13.0 Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering**

Ingen kommentarer til denne.

### **14.0 Forslag til forskrift om oppjustering av driftshjemler for fysioterapeuter**

Ingen kommentarer til denne.

Med hilsen



Bernhard Nilsen

for Velferdsnettverket

Kopi til:

Helse- og  
omsorgsdepartementet

postboks 8011 Dep 0030 OSLO