

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:

11/00813-14

Deres referanse:**Dato:**

22.09.2011

Saksbehandler:

Ingerid Risland, +47 480 75 960

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

Innledning

Helse Sør-Øst RHF viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 04.07.11. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har vært invitert til å delta i høringen, og innspillene fra foretakene følger vedlagt vårt hørings svar.

Vi viser til kontakt med departementet vedrørende frist for innsendelse av høringsuttale. Vi gjør oppmerksom på at vår høringsuttale er utformet i Helse Sør-Øst RHF. Uttalen vil bli lagt fram for Styret i Helse Sør-Øst RHF 20. oktober. Eventuelle endringer/tillegg vil bli ettersendt.

Samhandlingsreformen legger opp til en betydelig omlegging av helsetjenestene. Etter mange år med sentralisering og sterk vekst i spesialisthelsetjenesten, satses det nå på å snu en utvikling gjennom økt vekt på forebyggende helsearbeid, og med satsing på at behandling og oppfølging skal skje nærmere pasientens bosted. Vi viser her til vårt tidligere innsendte hørings svar 18.01.11 på Nasjonal helseplan, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester samt ny Lov om folkehelse.

Omleggingen innebærer en overføring av ansvaret for en del tjenester fra dagens spesialisthelsetjeneste til kommunene. Desentraliserte sykehus tilbud skal opprettholdes og desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud skal videreutvikles. I tillegg skal det utvikles et desentralisert tjenestetilbud med vekt på Lokal- og distriktsmedisinske sentra, samtidig med at spesialisthelsetjenesten skal rendyrke sine spissfunksjoner. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 108/2008 mål for en slik utvikling i regionen.

For å få til denne utviklingen, er det lagt opp til en rekke virkemidler med hovedvekt på økonomi, lovverk, avtaler, flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, samt økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon. Dette får konsekvenser for dagens

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehus tjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

spesialisthelsetjeneste, som vil måtte endre seg, både med innvirkning på innhold, ledelse og organisering, bruk av kompetanse og kapasitet i helsetjenestene.

Riktig bruk av spesialisthelsetjenesten vil være avhengig av et fokus utover det økonomiske. Det er avgjørende at spesialisthelsetjenesten i større grad enn tidligere understøtter kommunenes arbeid for å sikre pasientbehandling etter LEON-prinsippet. Dette vil innebære et nært samarbeid også med fastleger og kommuneleger.

Hensikten med de nye forskriftene og endringene i tidligere forskrifter skal tydeliggjøre det ansvar som er beskrevet i lovverket, samt tilrettelegge for implementering av dette.

Helse Sør-Øst RHF har i denne høringsuttalelsen konsentrert seg om de forskriftsendringer og forslag til nye forskrifter som har særlig betydning for spesialisthelsetjenesten, og har derfor drøftet forslagene som gjelder:

- Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter
- Ny forskrift om kommunal medfinansiering
- Endringer i Norsk Pasientregisterforskriften
- Endringer i forskrift om individuell plan, herunder bestemmelser om koordinator, og forskrift om habilitering og rehabilitering.

Det er viktig at departementet i god tid før ikrafttredelse 1. januar 2012 har foretatt endringer i de forskrifter som er særlig viktig i forhold til iverksettelse av ny helse- og omsorgslov med tilhørende lovendringer. Det vil også være viktig at nye overordnede rutiner kommer på plass så snart som mulig, blant annet nye rutiner knyttet til melding av opplysninger til NPR. Det vil videre være nødvendig å se forslag til revidert fastlegeforskrift og revidert forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i sammenheng med de foreslåtte endringsforslag og forslag til nye forskrifter, da gjennomføring av en del av endringene vil være avhengige av bestemmelsene i disse forskriftene. (Begge disse forskriftene er varslet sendt ut på høring med forslag til endringer i løpet av høsten 2011.)

Risikobilde:

Helse Sør-Øst RHF er opptatt av å bidra til en god og sikker implementering av reformen. Det er i forarbeidene til lovforslagene beskrevet et utfordringsbilde, og vi deler de synspunkter som kommer fram der. Vi mener det er viktig å være i forkant for å møte disse utfordringene, vi vil derfor trekke fram og omtale noen spesielle utfordringer knyttet til:

- Styringsinformasjon og monitorering av utvikling.
- Ensidig fokus på økonomi
- Endring i tilbud og uønskede vridningseffekter
- Muligheter for elektronisk kommunikasjon
- Kompetanse og gjensidig veiledning

Styringsinformasjon og monitorering av utvikling

For å sikre at helsetjenesten utvikler seg i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, spesielt med tanke på bruk av spesialisthelsetjenesten, kvaliteten i tilbudene og uønskede vridningseffekter, vil det være avgjørende at tjenestene har god tilgang til styringsinformasjon og

analyser. Det vil derfor være nødvendig med utvikling av datagrunnlag fra departement og direktorat, samt de regionale helseforetak for å kunne følge utviklingen nøye. Fastleger og legevakt har stor innvirkning mht. styring av pasientstrømmen. Den varslede fastlegeforskriften vil få stor betydning for samarbeidet mellom kommuner og fastleger, samt for samarbeid mellom kommuner og sykehus. Uten et godt samarbeid med fastlegene, vil ikke reformen kunne gjennomføres etter intensjonen.

Fokus på økonomi

Det har gjennom flere år vært utviklet gode samarbeidsrutiner og tiltak mellom tjenestenivåene. Avtaler og samarbeidsfora har ofte hatt fokus på å unngå å ta i bruk ”negative økonomiske virkemidler” som eks. betaling for utskrivningsklare pasienter, men heller utvikle gode rutiner og avtaler. De nye forskriftene har et stort fokus på økonomiske virkemidler som skal stimulere kommunene til å opprette nye tilbud samtidig som foretakene får trekk i sine rammer. Vi er bekymret for om det kan føre til et ensidig økonomisk fokus som kan undergrave reformens intensjoner om helhetlige forløp og god ressursutnyttelse.

Det er også knyttet en betydelig økonomisk risiko for helseforetakene til det nye finansieringssystemet.. Dette gjelder både knyttet til utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering. For utskrivningsklare pasienter er det helseforetakets ansvar å ivareta pasienter til kommunene kan overta. Dette betyr at helseforetakene fortsatt må opprettholde kapasitet til å håndtere disse pasientene på et kjent, historisk nivå, samtidig som inntektsgrunnlaget blir borte dersom kommunene oppfyller sitt ansvar for å ta imot pasientene. I forhold til kommunal medfinansiering gjelder tilsvarende ved at helseforetakene fortsatt vil ha ansvar for å levere de tjenester de gjør pr i dag, inntil pasientene håndteres av kommunene. Dette vil gi overgangfaser med dobbel kapasitet som helseforetakene må bære finansieringen av.

Endring i tilbud og uønskede vridningseffekter

Samhandlingsreformen har som intensjon at kommunene skal bygge opp tilbud som skal minske forbruket av spesialisthelsetjenester og sikre et godt tilbud nært der pasienten bor, spesielt for kronikergruppene. Helse Sør-Øst RHF skal fortsatt ha fokus på at tilbudet i spesialisthelsetjenesten ikke skal bygges ned før kommunene har etablert lokale tilbud. Imidlertid tilsier dagens kommunestruktur at mange kommuner vil måtte samarbeide for å få etablert gode tilbud. Det vil være svært viktig å sikre at ikke noen grupper faller utenfor ved endringer i tjenestetilbudet, og at ikke økonomiske virkemidler gir uønskede vridningseffekter.

Blant andre Oslo universitetssykehus HF uttrykker bekymring i sin uttale over at kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ikke inkluderer psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB). De mener at det er viktig at psykisk helsevern og TSB inkluderes. Den nye forskriften er planlagt å omfatte kun deler av somatisk spesialisthelsetjeneste, Oslo universitetssykehus HF mener dette vil kunne få en negativ innvirkning på antall og varighet av utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Det vil igjen bety redusert behandlingsskapasitet. Det uttrykkes uro for at denne forskjellsbehandlingen av utskrivningsklare pasienter vil medføre en nedprioritering av kommunale tilbud til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet. Kommunene må forventes å prioritere tilbud til pasientgrupper hvor den kommunale betalingsordningen slår inn.

Oslo universitetssykehus HF fremhever særlig bekymring for utvikling av tilbudet til alderspsykiatriske pasienter, vi siterer:

”Pasienter i alderspsykiatrien har som regel somatiske problemer i tillegg til sine psykiatriske

problemer. Ofte er den somatiske lidelsen, grunnen til behov for høyere omsorgsnivå, ikke den psykiske lidelsen. Man har altså den situasjon at man har ikke betalingsordning for somatiske sykdommer bare fordi pasienten har psykiatriske tilleggssymptomer. Definisjoner for utskrivningsklare pasienter er helt klare i disse tilfeller.

Helse Sør-Øst RHF deler Oslo universitetssykehus HF sin bekymring for utvikling av tilbudet til denne pasientgruppen.

Muligheter for elektronisk kommunikasjon

Gjennomføring av Meldingsløftet er en viktig forutsetning for god samhandling innen - og mellom tjenestenivåene. I det minste må sykehus og kommune/legekontor kunne kommunisere fullelektronisk for å kunne samarbeide effektivt og med god kvalitet. Utvikling av muligheter for dialogmeldinger mellom fastlege og spesialist vil også være nødvendig for å kunne sikre gode henvisninger og dermed riktig bruk av spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med meldingsløftet må derfor fortsatt ha høy prioritet lokalt, regionalt og nasjonalt.

Kompetanse og gjensidig veiledning

Etablering av tilbud i kommunene som på flere områder skal erstatte dagens spesialisthelsetjenestetilbud, vil kreve oppbygging av kompetanse i kommunene på flere områder. Det vil være avgjørende at spesialisthelsetjenesten etablerer ambulante og desentrale tilbud, samt etablerer gode systemer for veiledning og dialog med helsetjenesten i kommunene. Helse Sør-Øst RHF vil understreke viktigheten av å etablere et ISF takstsystem som understøtter disse oppgavene, samt effektive kommunikasjonssystemer som gir muligheter for rask kommunikasjon og konsultasjon fagfolkene imellom.

Likviditetseffekter og oppgjørsordninger

Likviditet:

Helse Sør-Øst RHF sin forståelse er at det hver måned vil bli overført á konto midler fra HOD hvor det er trukket 20 prosent av ordinær ISF-overføring knyttet til kommunal medfinansiering, og i tillegg 1/12 av reduksjon i basisramme vedrørende utskrivningsklare pasienter. Dette vil for Helse Sør-Øst RHF kunne bety en likviditetsmessig utfordring tilsvarende inntil denne reduksjonen i overføringen for januar. Dette vil være avhengig av på hvilket tidspunkt datagrunnlaget fra Helsedirektoratet blir tilgjengeliggjort som grunnlag for á kontofakturering til kommunene. Det kan ligge en likviditetsmessig utfordring knyttet til de løpende betalingsstrømmer fra kommunene til regionen og de respektive helseforetakene. Det må avklares om det vil bli laget et regelverk som klargjør eventuelle sanksjonsmuligheter mot kommuner som ikke betaler ved forfall.

Opgjørsordninger:

Det er sagt at det ikke skal bli en økt administrativ byrde på de regionale helseforetakene ved innføring av denne reformen. Det vil således være et spørsmål om hvordan fakturerings- og betalingsrutiner skal håndteres. Dersom det er tenkt at all fakturering og oppfølging/innkreving av utestående beløp skal foretas av det regionale helseforetaket, samtidig som helseforetakene skal tilføres likviditet á konto, vil dette medføre et vesentlig merarbeid for det regionale foretaket. Dette vil kunne få som konsekvens at det regionale foretaket må foreta en oppbemanning for å håndtere denne økte belastningen.

Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter

Generelt

Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak har tidligere kommentert at en ordning med betalingsplikt for kommunene synes å kunne gjennomføres uten for mye mer-administrasjon.

Forslaget til forskrift som er lagt frem stiller imidlertid strenge krav med hensyn til helseforetakenes meldeplikt til kommunene. Uten et velfungerende kommunikasjonssystem, som foreløpig ikke er på plass, synes regelverket å kunne gi betydelige administrative utfordringer utover det som følger av dagens system rundt utskrivningsklare pasienter.

Når det gjelder hvem som skal være betalingsmottager, så er Helse Sør-Øst RHF enig med Helsedirektoratets utvalg, som anbefaler at oppgjøret for utskrivningsklare pasienter håndteres på lokalt nivå i første omgang, og at det er helseforetakene selv som er fakturautsteder og betalingsmottaker. En sentral avregning vil gi merarbeid for de regionale helseforetakene, uten at det vil gi bedre kontroll eller oversikt, verken for helseforetakene eller kommunene. Generelle statistikker vil, som beskrevet i høringsnotatet, allikevel kunne genereres gjennom NPR.

Virkeområde

Det følger av forskriftsforslaget § 1 og også i andre av bestemmelsene, at kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter gjelder pasienter innen somatikk som er innlagt i sykehus i ”påvente av et kommunalt tilbud.” Det er presisert i merknadene at betalingsplikten ikke gjelder for pasienter som befinner seg på sykehus i påvente av et annet tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke sagt noe om hva som skal gjelde der pasienten kan ha nytte av et spesialisert tilbud noe frem i tid, enten pga ventetid eller fordi pasienten ikke nødvendigvis har behov for aktuelle tilbud med en gang. Pasienten vil jo da være utskrivningsklar fra den spesialisthelsetjenesteinstitusjonen han er på nå, mens kommunen vil kunne tilby adekvat tilbud i påvente av videre behandling i spesialisthelsetjenesten. Vi ber departementet tydeliggjøre om forskriften er ment å gjelde der kommunalt tjenestetilbud anses å være rett nivå i påvente av videre plass i spesialisthelsetjenesten.

Det er foreslått at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter påhviler den kommunen der pasienten er folkeregistrert. At man her legger folkeregistrert adresse til grunn bryter med det prinsippet som gjelder i helsetjenesten for øvrig, hvor helsetjenestens forpliktelse er knyttet til hvor pasienten oppholder seg, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 5-2, jf § 5-1. Vi antar at folkeregistrert adresse er valgt fordi oppgjøret er tenkt basert på NPR. Dette burde, etter vår vurdering, vært kommentert. Vi mener også at det kan oppstå særlige spørsmål knyttet til kommunens betalingsplikt i de tilfelle hvor pasienter ikke bor på folkeregistrert adresse, dette kan gjelde for studenter, innsatte i fengsel og andre uten fast oppholdssted der de er folkeregistrert. Det vil da være oppholdskommunen som er ansvarlig for å tilby pasienten nødvendige helse- og omsorgstjenester, mens kommunen der pasienten er folkeregistrert får betalingsansvaret. Det bør vurderes om betalingsansvaret bør legges til den kommunen som overtar ansvaret etter utskrivningen, eller om det bør være en refusjonsordning mellom folkeregister-kommunen og den kommunen som er ansvarlig for behandlingen.

I forskriftsforslaget § 1 er det foreslått at forskriften ikke skal gjelde for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Denne avgrensningen er noe departementet vil vurdere på sikt, jf lovproposisjonen.

Som påpekt innledningsvis er Helse Sør-Øst RHF opptatt av at denne avgrensningen ikke må få uheldige vridningseffekter, ved at det kan bli enda vanskeligere for pasienter, for eksempel i alderspsykiatrien å få et tilrettelagt tilbud i kommunehelsetjenesten.

Vi vil derfor anmode departementet om å følge med på denne utviklingen som grunnlag for den senere varslede vurderingen av utvidelse av virkeområdet.

Frister - Varsling utenfor ordinær arbeidstid

I merknadene til forskriftsforslaget fremkommer at beskjed fra sykehuset om en utskrivningsklar pasient også kan gis etter ordinær åpningstid. Helse Sør-Øst RHF mener det bør være opp til partene å avtale dette i de lovpålagte avtalene. Vår vurdering er at en løsning med beskjeder om utskrivningsklare pasienter utenom ordinær åpningstid i liten grad er egnet til å fremme godt samhandlingsklima mellom aktørene. Vår vurdering er at det bør presiseres i forskriften at partene avtaler seg i mellom eventuelle begrensninger mht når utskrivningsklare pasienter kan meldes til kommunen. Et tilleggsargument, som er trukket frem av Akershus universitetssykehus HF er at det i mange kommuner vil være "Vedtaks kontor/forvaltningskontor" i kommunen som vil få varsling om at en innlagt pasient fra kommunen har behov for nye/utvidede tjenester. Det vil være uheldig å pålegge en varsling som ikke i hovedsak kan gjennomføres innenfor eksisterende kommunestruktur.

Akershus universitetssykehus HF presiserer også at:

"Når det gjelder §§ 3 og 4 om spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling og kommunens tilsvarende, så mener vi at en ville være tjent med å dele dette området i varsling knyttet til **endret behov for hjelp** fra kommunen og utskriving til **samme hjelpenivå**."

Begrepet "**straks**" i lovteksten er uklart. En støtter forslaget om spesialisthelsetjenestens pålegg om varling innen 24 timer gjelder.

Når det gjelder **kommunens svar** bør dette endres:

For pasienter som skal tilbakeføres til **samme tjenestenivå** bør kommunen uten opphold, (dvs i løpet av 4 timer) kunne gi tilbakemelding om når pasienten kan mottas.

Ved behov for **utvidede/andrede tjenester** fra kommunen bør kommunen kunne ha en frist til utgangen av første hele virkedag etter at de har mottatt varsling.

Det bør også tas inn i rundskrivet, og ikke kun i de innledende kapitler, at samarbeidsavtalen som skal inngås mellom kommunene og Helseforetakene skal gi "utfyllende regler for håndtering av utskrivningsklare pasienter."

Helse Sør-Øst RHF slutter seg til disse presiseringene

Definisjon av utskrivningsklar pasient

Helse Sør-Øst RHF er enig med departementet i at det er lege i spesialisthelsetjenesten som etter en individuell medisinsk faglig vurdering definerer om pasienten er utskrivningsklar. Videre er vi enig med departementet i at det ikke skal være opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere hvorvidt kommunen har et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient etter utskriving. Dette bør tydeliggjøres i forskriften.

Taushetsplikt

I kommentarene til forslag om forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter legges det til grunn at systemet må være transparent og etterprøvbart. Derfor er det i forskriftsforslaget § 7 foreslått inntatt at kommunen kan kreve å få en redegjørelse fra spesialisthelsetjenesten for de vurderinger som er foretatt med hensyn til at pasienten er vurdert som utskrivingsklar. Helse Sør-Øst RHF er enig med departementet i at helsepersonelloven §§ 25 og 45 ikke kommer til anvendelse ved spesialisthelsetjenestens utlevering av disse opplysningene, da formålet med utleveringen ikke er behandling av pasienten, men etterprøving av et pengekrav. Vi mener det er nødvendig med en nærmere vurdering av det rettslige grunnlaget for utlevering av taushetsbelagte opplysninger i den redegjørelse spesialisthelsetjenesten får plikt til å gi etter forskriftsforslaget § 7. Det fremstår noe uklart hvordan departementet tenker at helsepersonelloven § 26 andre ledd kan benyttes som hjemmel for denne etterfølgende kommunikasjonen av pasientopplysninger. Helsepersonelloven § 26 gir hjemmel for at helsepersonell kan gi ellers taushetsbelagte opplysninger til virksomhetens pasientadministrasjon. Bestemmelsen åpner ikke for kommunikasjon av pasientopplysninger mellom ulike pasientadministrative systemer. Utlevering av opplysninger fra virksomhetens pasientadministrative systemer krever uttrykkelig hjemmel, jf helseregisterloven § 5. Vi savner altså en nærmere klargjøring av hvilket hjemmelsgrunnlag spesialisthelsetjenesten har for å gi taushetsbelagte opplysninger om den enkelte pasient til kommunen for å underbygge at pasienten er utskrivingsklar. Dette er også trukket frem i høringsuttalelsene fra Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.

Klage

Det er i forskriftsforslaget § 8 foreslått at fylkesmannen er klageinstans. Helse Sør-Øst RHF anmoder departementet om å avklare hvordan fylkesmannens rolle som klageinstans skal ses i sammenheng med det nasjonale tvisteorganet som er planlagt opprettet, jf Prop L 91 (2010-2011) punkt 28.6.7.

Vi er for øvrig enig med Sykehuset Østfold HF i at det er nødvendig med virkemidler som sikrer rask behandling hos fylkesmannen, slik at klagebehandling ikke bidrar til at utskrivingsklare pasienter unødige lenge blir liggende på sykehus.

Forslag til ny forskrift om kommunal medfinansiering

Generelt

Helse Sør-Øst RHF og våre helseforetak har i tidligere høringer om samhandlingsreformen stilt spørsmål ved om den generelle innretningen på kommunal medfinansiering har forutsetninger for å fungere etter intensjonen. Forslaget til forskrift endrer ikke på disse kommentarene. Helse Sør-Øst RHF støtter at beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er data fra NPR. For øvrig støtter Helse Sør-Øst RHF de anbefalinger som er gitt av Helsedirektoratet i dokument av 29. juni 2011 *"Oppgjørssystem for kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter"*.

Virkeområde

I forskriftsforslaget § 1 første ledd fremkommer at "Forskriften regulerer kommunens medfinansieringsansvar for egne innbyggere behandling i spesialisthelsetjenesten." (vår understrekning). I merknaden til forskriftsforslaget står det at "med egne innbyggere menes personer som er folkeregistrert i kommunen." Vi kan ikke se at det er saklig grunn til at virkeområdet for forskrift om kommunal medfinansiering er definert på en annen måte enn i

forslag til forskrift om utskrivningsklare pasienter. Vi viser for øvrig til vår kommentar under utskrivningsklare pasienter.

I §3 avgrenses kommunenes betalingsplikt til 20% av 4 DRG-poeng for en enkeltbehandling. Dette synes noe uklart og begrepet enkeltbehandling bør vurderes byttet ut med enkeltopphold, da opphold er grunnbegrepet i ISF. Det kan synes mulig å tolke dette slik at en enkeltbehandling kan bestå av flere opphold, og muligens også at ett opphold kan bestå av flere enkeltbehandlinger. Videre synes det uklart om dette vil si at staten i disse tilfellene finansierer helseforetakene med det overskytende beløpet, eller om det vil representere en avkorting i finansieringen av kostnadskrevede enkeltopphold.

I forskriftsforslaget fremkommer at kommunal medfinansiering ikke gjelder for aktivitet hos privatpraktiserende avtalespesialister. Det kan stilles spørsmål ved om dette leder til utilsiktede prioriteringseffekter, noe man også har pekt på i høringssvaret fra flere av våre helseforetak.

I de innledende kapitler er det pekt på at det vil kunne være gråsoner når det gjelder hva som er å anse som kirurgi og hva som faller utenfor. Det vil være svært viktig med en god definisjon på dette området.

For at dette økonomiske insentivet skal kunne virke etter hensikten vil det også være av avgjørende betydning at den nye fastlegeforskriften sørger for et nært og forpliktene samarbeid mellom fastlegene, lokalsykehuset og kommunen slik at man kan ha en samlet strategi og praksis med hensyn til forebygging, innleggelse og utvikling av kommunal helsetjeneste. Dette samarbeidet må understøttes ikke bare med forskriftsfestede plikter men med konkrete virkemidler. Et sentralt virkemiddel vil være nasjonale grep for å påse at elektronisk kommunikasjon gjennom de kalte PLO-meldinger (Elin-K prosjektet) kan virkeliggjøres ved at statlig myndighet tar ansvar for koordinering av aktørene forbi pilotstadiet og frem til full implementering i daglig drift med en nødvendig nasjonal forvaltningsorganisasjon for vedlikehold og utvikling.

Forslag til endringer i Pasientregisterforskriften

Det vil være viktig så snart som mulig å utarbeide klare rutiner for rapportering fra helseforetakene. Dette er tenkt løst i sentral modell hvor den enkelte kommune må få informasjon fra NPR vedr. forekomst og varighet av sykehusinnleggelser fordelt på fagområder, aldersgrupper, diagnosegrupper med mer, slik at kommunene både kan planlegge og monitorere effekt av tiltak på forbruk av sykehushelsetjenester.

Slik forslaget til formålsbestemmelse i ny forskrift er formulert kan det skapes tvil om denne intensjonen.

Akershus universitetssykehus HF har i sin uttale også poengtert dette.

§ 1-2. Norsk pasientregisters formål

Norsk pasientregister har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, *kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter.*

En formulering som tydeliggjør formålet bedre ville være:

§ 1-2. Norsk pasientregisters formål

Norsk pasientregister har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av **spesialist- og kommunehelsetjenesten**, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, *kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter.*”

Helse Sør-Øst RHF slutter seg videre til departementets vurdering av at det er nødvendig med endring i Norsk pasientregisterforskrift § 3-3 for å gi rettslig grunnlag for utlevering av nødvendige og relevante opplysninger fra NPR til Helsedirektoratet for forvaltning av ordningen med kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Vi vil for øvrig bemerke at overskriften på forskriftsforslagets § 3-3, etter vår vurdering, også bør nevne kommunal medfinansiering, slik at det blir lettere å finne frem til relevant hjemmel.

Forslag til endringer i forskrift om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Det er foreslått endringer i forskrift om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet som gjenspeiler og tydeliggjør de vedtatte lovendringene.

Ansvarsfordeling mellom koordinator i spesialisthelsetjenesten og kommunen bør tydeliggjøres, jf forskriftsforslaget §§ 4a og 4b. Det er nå lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 annet ledd at kommunen har hovedansvaret for å utarbeide individuell plan og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at hovedansvaret for planarbeidet er plassert på denne måten. Helse Sør-Øst RHF mener det er naturlig å forstå forskriftsforslagene slik at der pasienten har koordinator både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste, så vil den kommunale koordinatoren ha hovedansvaret for den samlede koordineringen av tjenestetilbudet. Vi mener imidlertid at dette bør tydeliggjøres i forskriften.

I forslag til forskrift om individuell plan er det en ulikhet i begrepsbruk i hhv §§ 4a og 4b. Om kommunens koordinator heter det at denne skal *tilbys*, mens det for spesialisthelsetjenesten står at koordinator skal *oppnevnes*. Begrepsbruken bør være lik, med mindre det er ment at det skal være reelle forskjeller med hensyn til pasientens rett til koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne forskjellen bør i tilfelle begrunnes nærmere.

§4a Koordinator i kommunen og §4 b Koordinator i spesialisthelsetjenesten. § 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan:

Vilkårene for å ha rett til individuell plan er at det er behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf forskriftsforslaget §§ 4 og 6.

I forskriftsforslaget er vilkårene for å få individuell plan og koordinator ikke sammenfallende. Etter forskriftsforslaget § 4B skal koordinator oppnevnes for pasienter i spesialisthelsetjenesten med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Dette kan føre til misforståelser om at det er ulike vilkår og oppleves som lite hensiktsmessig. Vi foreslår derfor at begrepet kompleks også er ett av kriteriene for å få individuell plan.

Begrepet kompleks brukes i beskrivelse av behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten.

jf § 4 b Koordinator i spesialisthelsetjenesten

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det oppnevnes koordinator § 2-5 a.

Vår vurdering er at begrepet kompleks bør brukes tilsvarende i:

§4a Koordinator i kommunen:

For pasienter og brukere med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2.

Forslag til endring i forskrift om habilitering og rehabilitering

Forskriftsendringene gjenspeiler og tydeliggjør de vedtatte lovendringene.

Helse Sør-Øst RHF ser det som positivt at begrepet ”rehabilitering og habilitering” erstattes med ”sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering”, jf forskriftens § 3 og kapittel 2. Denne endringen er imidlertid ikke inntatt i kapittel 3 om habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Denne forskjellen er ikke begrunnet i merknaden til forskriften, og vi kan ikke se at en slik forskjell bør foreligge. Vi ber derfor departementet endre ordlyden også for kapittel 3.

Det er nytt i forskriftsforslaget med tydeliggjøring av at koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten skal være i hvert helseforetak. Helse Sør-Øst RHF er positive til denne presiseringen.

Det er i nytt forslag til forskrift ikke foreslått forskriftsfesting av plikt til regional koordinerende enhet. Dette kravet er i dag fremsatt av departementet i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, det må avklares om det etter nytt forslag er opp til regionene å ha en regional koordinerende enhet.

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

Det følger av forskriftsforslaget § 13 at det skal finnes koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF mener at rollen for den koordinerende enheten ikke er tydelig nok beskrevet. Dette er også bemerket fra flere av våre helseforetak. Det bør presiseres at koordinerende enhet skal bidra til at pasienter og brukere enklere kan orientere seg i tjenestetilbudet, slik at den koordinerende enheten bare har ansvar på systemnivå, og ikke for koordinator eller planarbeid for den enkelte pasient.

I forskrift om IP presiseres at spesialisthelsetjenesten skal oppnevne en koordinator for hver pasient som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester (jf § 4b). Koordinatoren skal sikre samordning av tjenestetilbud og også fremdrift i arbeidet med IP. Koordinatoren må arbeide på den kliniske avdelingen som har hovedansvaret for pasientens behandling. Når man så i den nye forskriften om Habilitering og rehabilitering legger hovedansvaret for arbeidet med IP til helseforetakets koordinerende enhet (jf § 13), så bør det, etter vår vurdering, presiseres at det gjelder ansvar for individuell plan og koordinator på systemnivå, så det ikke undergraver det grunnleggende ansvaret for at alle tiltak for pasienten alltid må ligge på et klinisk nivå.

Det siste strekpunktet(- *ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5 og 2-5a*) må derfor endres.

Koordinerende enhet bør kun ha en støttefunksjon i forhold til det som skjer på klinisk nivå.

§ 15 Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv.

Begrepet kompetanse bør inn i overskriften og teksten.

Det bør stå i overskriften: Oppgaver som krever spesialisert *kompetanse*, tilrettelegging mv.

§ 16 Særlig om råd, veiledning og samarbeid

I pkt 3 bør det stå: generelle råd, veiledning og *kompetansehevende* tiltak til ansatte i kommunen, og om opplegg for *enkeltpasienter*.

Helse Sør-Øst RHF har ingen kommentar til øvrige forskrifter som i stor grad handler om kommunale forhold.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

Atle Brynestad
Fung. adm. direktør

Alice Beathe Andersgaard
Fagdirektør

Vedlegg: Høringsuttalelser fra Helseforetak