

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.	Deres dato	Vår ref.	Vår dato
201101755-/KJJ	04.07.2011	176/11	06.10.2011

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

Innledning

I vårt hørings svar uttaler KITH seg om innholdet i forskriftene og IKT-aspekter ved disse. Vi tar i vår høringsuttalelse ikke stilling til hensiktsmessigheten til de allerede lovbestemte virkemidlene i Samhandlingsreformen, slik som kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter, som trår i kraft fra 1.1.2012.

KITH har ingen større innvendinger til endringene i eksisterende forskrifter og forslagene til nye forskrifter. Vi hadde gjerne sett at praktiske forhold ved realiseringen av enkelte av forskriftene hadde vært beskrevet mer i detalj i høringsnotatet.

Vi hadde også gjerne sett at IKT-hjelpemidler hadde fått en større plass i høringsnotatet selv om dette er en forskriftshøring. IKT bør diskuteres for de forskriftene der IKT kan spille en viktig rolle. Samhandlingsreformen stiller store krav til dialog og informasjonsutveksling, og er således avhengig av gode, standardiserte IKT-løsninger for å skulle lykkes. Vi forstår imidlertid at dette vil bli behandlet grundig i en egen stortingsmelding i 2012 om elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren.

Vi har i vårt hørings svar ikke omtalt disse forholdene selv om de utvilsomt er meget viktig for Samhandlingsreformen. Det bør også vurderes nøye om hva som det er mest presserende behov for av meldingsbasert kommunikasjon/dialog versus kjernejournal og andre IKT-løsninger. Det er viktig å ha brukernes behov for øye gitt begrensede ressurser. KITH ser frem til omtale av disse områdene i den kommende stortingsmeldingen.

På de neste sidene følger kommentarer til forskriftene sett ut fra et IKT-perspektiv. Vi har kun spesifikke forslag til endringer i forskriften for individuell plan. Våre kommentarer til de andre forskriftene bør ivaretas selv om vi nå ikke har foreslått ny ordlyd i selve forskriftene. Etter hvert som aktuelle IKT-løsninger utvikles/breddes, slik som omtalte pasientlogistikkmeldinger, bør det vurderes å nedfelle bruk av disse i forskrifter.

KITH AS er under avvikling som aksjeselskap. Virksomheten med samtlige ansatte overføres til Helsedirektoratet med virkning 01.01.2012. Kompetansemiljøet fortsetter med kontorsted i Trondheim.

KITH AS – Kompetansesenter for IT i Helse- og sosialsektoren – FNR: 959925496
Postboks 6285 Sluppen, NO-7489 Trondheim, Besøksadresse: Sverresgt. 15 inngang G
Tlf: 73 59 86 00, Fax: 73 59 86 11 www.kith.no

Kommentarer til de enkelte forskriftene

Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

På side 117/118 i den nye forskriften står det:

§ 6 Administrasjon av ordninga

Helsedirektoratet utarbeider grunnlaget for det økonomiske oppgjøret mellom kommuner og regionale helseforetak i henhold til bestemmelsene i forskriften.

På side 34 i høringsnotatet står det:

Datagrunnlaget gjøres tilgjengelig for kommunene, for eksempel gjennom en nettbasert løsning hvor kommunene fortløpende kan få innsyn i og informasjon om kostnader til kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter. De nye ordningene forutsetter at den enkelte kommune etter regning betaler til det regionale helseforetaket i den helseregion kommunen geografisk tilhører. Betalingsgrunnlaget for den enkelte kommune fastsettes av Helsedirektoratet basert på regler og retningslinjer for ordningen.

KITH mener at datautleveringen til kommunen burde ha vært beskrevet i mer detalj både med hensyn til metode og detaljeringsgrad. Blir data tilgjengeligjort til kommunene på personnivå? Er det tenkt å utlevere aggregerte opplysninger på linje med det vi finner i "ISF-kuben" -

http://www.helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt_finansiering/isf_kuben/isf_kuben_64875. Hvis det oversendes opplysninger på personnivå, hvilke opplysninger er det så som formidles? KITH tar for gitt at det ikke oversendes opplysninger om diagnosekoder, prosedyrekoder eller DRG da en slik videreutlevering av NPR-data vil være et inngrep på personvernet (er i strid med utleveringsbestemmelsen i forskriftene § 3-3 til § 3-6 for NPR). På den annen side vil det sikkert være interessant for kommunene å få vite mer om hvilke pasienter som innlegges for å kunne se om oppbygningen av kommunale pasienttilbud har effekt på pasientstrømmen fra kommunen til sykehus eller om det virkelig er noen pasientgrupper som i større grad blir behandlet utelukkende på kommunalt nivå. Spesielt kunne det være interessant for kommunen å analysere innleggelser i lys av de tjenestene som kommunen tilbyr den enkelte pasient. Opplysningene om kommunale tjenester rapporteres også til det pseudonyme IPLOS-registeret. Det er ikke beskrevet i høringsnotatet om kommunen på en eller annen måte skal tilbakeføres tilpassede og aggregerte data sammenstilt med opplysninger i IPLOS-registeret i forbindelse med innføring av kommunal medfinansiering.

Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

På side 115 i den nye forskriften står det:

§ 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling

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 at det er behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal følgende prosedyrer følges:

- a) Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres 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 i helse- og omsorgstjenesten.
- b) Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunen varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

Og på side 116

§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinskfaglig vurdering.

Når en pasient er definert utskrivningsklar, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommunen

§ 5 Kommunens ansvar

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten fra den datoen det er varslet om utskrivning, jf. § 3.

Kommunen skal etter å ha mottatt melding fra spesialisthelsetjenesten om en utskrivningsklar pasient, jf. § 4 tredje ledd, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Kommunen skal avgi svar straks. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.

KITH mener at de korte tidsfristene for å melde om behov for hjelp og til å besvare henvendelser gjør at elektroniske systemer må være på plass for å få til en effektiv samhandling. Dagens system med A- og B-skjema samt telefonkontakt bør erstattes med nye elektroniske løsninger. Per i dag gjennomføres Elin-k fase 2 i fem pilotprosjekter – blant annet på Ahus

http://www.ahus.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=1829&I=23659

Vi savner i høringsnotatet på side 25 under 3.6 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene en vurdering av i hvilken grad sykehus/kommune er i stand til å takle tidsfristene med dagens systemer, og en vurdering av hvilken nytte pasientlogistikkmeldinger i Elin-k fase 2 har i denne sammenheng.

Endring i forskrift om individuell plan

Etter de opplysninger vi har er det omtrent 80 kommuner som bruker individuell elektronisk plan i Norge i dag. Inntil endring av helseregisterloven i 2009 var det bare tillatt å bruke systemene innenfor samme virksomhet. Etter lovendringen er det også lov å bruke elektronisk individuell plan på tvers av virksomheter.

Enkelte av kommunene ser ut til også å ha gått helt over til elektronisk individuell plan, og har gode erfaringer slik som i Time kommune http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/hab-rehab/Documents/Time_kommune_NY-1.pdf

Manglende bruk av individuell plan i hovedparten av kommunene gjør også at man har mindre oversikt over mange individuelle planer det finnes i alt på nasjonal basis. Dette er beskrevet på side 3 og 4 i rapporten fra Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00334/Kartlegging_av_indi_33456_9a.pdf

Et av hovedfunnene fra kartleggingen er at mange kommuner ikke har en samlet oversikt over individuelle planer i kommunen:

- **Utvikle system for å ha oversikt** – En hovedårsak til at mange kommuner ikke har en samlet oversikt over individuelle planer er at de ikke har et datasystem eller journalsystem hvor det fremkommer hvem som har individuell plan. Mange kommuner har elektroniske systemer for individuell plan, hvor det er mulig å hente ut denne informasjonen. Rambøll vil likevel anbefale at Helsedirektoratet hjelper kommunene i arbeidet med å holde oversikt, eksempelvis ved å synliggjøre gode erfaringer fra kommuner som har utviklet gode systemer for å holde oversikt over arbeidet med individuell plan

Det anslås i rapporten at det er i underkant av 30 000 som har individuell plan i Norge (0,58 % av befolkningen). Men det er usikkerhet om dette, og også om flere burde ha vært tilbudt individuell plan. Elektroniske løsninger vil bedre oversikten både nasjonalt, i den enkelte kommune og for den enkelte pasient. Det må antas at bruk av elektroniske individuelle planer vil gjøre det enklere å fylle den krevende pasientkoordinator-rollen. Høringsnotatet sier på side 99 at rollen som pasientkoordinator er profesjonsnøytral i kommunehelsetjenesten. Det er i dag i mange kommuner usikkerhet om hvilke profesjoner som skal ha rollen som pasientkoordinator i kommunehelsetjenesten. Det er viktig å tilby gode verktøy for å styrke rollen som pasientkoordinator og redusere usikkerhet for alle involverte – ikke minst for pasienten som kan bli mer involvert ved bruk av elektronisk individuell plan.

Helseregisterloven § 6 a åpner for at det kan etableres virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre, og etter vår mening bør denne hjemmelen benyttes for å åpne for elektroniske løsninger for individuell plan.

Med dette som bakgrunn foreslår KITH en del endringer i forslaget til forskrift

§ 4 a Koordinator i kommunen

Her foreslår vi at koordinator også skal sørge for at de som har et tjenestelig behov, får tilgang til relevante deler av planen. Forslag til nytt tredje ledd:

Koordinatoren skal sørge for at personell som er involvert i utarbeidelse og/eller gjennomføring av en individuell plan, får tilgang til de deler av den individuelle planen som er relevant og nødvendig for å kunne utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

§ 4 b Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Her foreslår vi tilsvarende tilføyelse som under § 4 a.

§ 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Her foreslår vi følgende tilføyelse som et nytt siste ledd:

Den individuelle planen kan føres elektronisk. Kommunen er databehandlingsansvarlig for den individuelle planen.

Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Vi vil her benytte anledning til å tilkjenne vår støtte til forslaget om at helsepersonelloven kapittel 8 ikke skal komme til anvendelse for personer som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse for helsehjelp.

Kontaktperson i denne saken er

Spesiallege Ole-Fredrik Melleby, tlf. 97778804, e-post: olem@kith.no.

Med vennlig hilsen

Tom Christensen
Adm. dir.