



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO



Høringsuttalelse fra Larvik kommune vedrørende forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Høringsuttalelsen fra Larvik kommune har av tidsmessige årsaker ikke gjennomgått ordinær politisk behandling i kommunen, men er gjennomgått i aktuelle fagkomiteer. Uttalelsen vil bli lagt frem til orientering i kommunestyret oktober 2011.

Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Kommunens kommentarer:

§ 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling

§ 3a. Det skal ikke være sykehusets rolle å vurdere hvilke tjenester kommunen skal etablere (institusjon eller annet). Det bør derfor presiseres at spesialisthelsetjenesten kun skal vurdere om det vil være behov for videre oppfølging fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skissere forventet bistandsbehov, og anslå utskrivningstidspunkt.

I § 3 b. første setning; "*Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunen varsles om innleggelsen...*". Det må fremkomme hvordan denne varslingen skal foregå, for eksempel ved telefonmelding, *elektronisk* eller skriftlig melding.

Annet ledd i § 3 b; "*Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling m.m.*". Formuleringen er lite presis. Varslingsplikten for spesialisthelsetjenesten til kommunen i slike tilfeller bør også ha en tydelig tidsanvisning, samtidig som det bør fremgå hvordan varslingen skal utføres.

Forskriftens fokus på varsling fra sykehus innen 24 timer og det omfattende arbeid dette genererer synes lite hensiktsmessig. I verste fall kan dette medføre at sykehuset "for sikkerhets skyld" melder en rekke pasienter til kommunen innen denne fristen, pasienter som ikke vil trenge aktuell oppfølging fra kommunen. Det kommunale mottaksapparat vil dermed kunne få en uhenktsmessig belastning og merarbeid. For kommunen er det mest sentrale å få en kvalitativ og forutsigbar varsling med nødvendig informasjon om funksjonsnivå og bistandsbehov, ikke at denne meldingen nødvendigvis kommer innen 24 timer.

§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

Definisjonen av utskrivningsklar pasient er slik kommunen ser det ikke tilstrekkelig egnet som en klargjøring og presisering av nytt lovverk og som en rettesnor for praksis som skal reguleres nærmere i avtaler mellom helseforetak og kommuner.

I gjeldende forskrifter om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er det opplistet punkter som må være ivarett før en pasient kan defineres som utskrivningsklar, som nødvendige avklaringer, standpunkt til diagnose(r), videre plan for oppfølging av pasienten, pasientens samlede funksjonsnivå, forventet framtidig utvikling skal være vurdert og plan for evt videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. I foreliggende forslag til nye forskrifter er det eneste kriteriet at lege i spesialisthelsetjenesten mener det ikke er behov for videre behandling i spesialisthelsetjenesten og at varslingsprosedyren er fulgt.

Det er ikke tilstrekkelig ut fra et kommunalt perspektiv og må i vesenlig grad gis større oppmerksomhet i det videre arbeid med slutføring av forskriften.

Larvik kommune ber om en tydeligere presisering av hvordan begrepet "utskrivningsklar pasient" skal forstås som er egnet som en tydelig referanseramme i dialog mellom kommune og helseforetak.

§5 Kommunens ansvar

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

For at kommunen skal kunne planlegge nødvendige tjenester er det avgjørende at tilstrekkelig informasjon om funksjonsnivå osv, som beskrevet i gjeldende forskrifter, foreligger. I utkast til nye forskrifter er det ikke definert noen krav til dette fra spesialisthelsetjenesten.

Slike krav vil sikre en god dialog mellom tjenestenivåene og på den måten også forhindre unødvendige re - innleggelser som følge av manglende kommunikasjon mellom forvaltningsnivåene.

Kommunen har etter forslaget plikt til å svare på melding om utskrivningsklar pasient straks. Begrepet straks er her ikke tilstrekkelig presist. Det er behov for en ytterligere tydeliggjøring i forskriften, f.eks om dette gjelder hele døgnet, alle dager m.m.

Dersom det er slik at kommunen skal respondere på slike meldinger 365 dager i året og også utenom dagarbeidstid, kreves en betydelig opprusting av mottaksapparatet i kommunen - både faglig og økonomisk.

Larvik kommune mener kommune må gis en utvidet adgang til å håndtere dette.

Det er etter kommunes vurdering også behov for å presisere nærmere hva som ligger i formuleringen "utenfor kommunes kontroll" jfr. siste setning i annet avsnitt.

§ 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

Bestemmelsen om vilkårene for når betalingsplikt inntreffer i § 6 er ikke tilstrekkelig klare og entydige.

Når inntreffer betalingsplikten?

Skal en pasient som meldes utskrivningsklar på kvelden belastes kommunen denne dagen, skal en pasient som meldes utskrivningsklar fredag ettermiddag kl 15.45 belastes kommunen hele helgen og evt. påfølgende mandag, skal kommunen belastes for den dagen pasienten skrives ut?

Denne forskriften har store økonomiske konsekvenser for kommunene og trenger tydeligere presiseringer for å unngå ulik håndtering og mulighet for konflikter.

Forskriften må definere hva som er nødvendig tid for varsling før betalingsplikten iverksettes.

§ 8 Klage

I forskriften er det foreslått at fylkesmannen skal behandle klager.

Klagebehandlingen bør etter kommunens oppfatning legges til et nasjonalt organ for tvisteløsningsordning og ikke til fylkesmannen. Dette organet vil være bredere sammensatt og sikre en mer uavhengig behandling.

Det er også kommunens erfaring at fylkesmannens klagesaksbehandling i fht. eksisterende lovverk allerede er sterkt belastet, og i noen grad tar uforholdsmessig lang tid.

Klageretten som foreslås i denne paragraf bør følges av en tidsgaranti, ellers vil den være lite nyttig for kommunene.

§ 9 Administrasjon av ordningen

At beregningsgrunnlaget for hva kommune skal betale utelukkende skal basere seg på data fra norsk pasientregister synes vanskelig å forholde seg til.

Det er andre datakilder som er aktuelle og nødvendige for å få relevant informasjon om hvordan ordningen virker og kan styres. Forskriften bør derfor endres på dette punkt.

Øvrige kommentarer fra kommunen:

Departementet legger opp til at nærmere utdypning av prosedyrer skal inn i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune. Forskriften her og andre nye forskrifter knyttet til nye lov gir lite eller ingen føring for disse avtalene. Dette er svært uheldig og må korrigeres.

Forslag til ny forskrift om kommunal medfinansiering.

Kommunens kommentarer:

§ 2 Medfinansiering

Kommunen mener medfinansieringsplikten ikke kan gjelde når pasient reinnlegges i sykehus med samme diagnose kort tid etter utskrivning. Ytterligere bestemmelser om dette må inn i forskriften.

§ 3 Medfinansieringsandel

Et stort antall pasienter som legges inn i sykehus har flere diagnoser. Det må derfor beskrives nærmere hvordan dette skal håndteres og hvilken diagnose det som hovedregel skal beregnes DRG poeng etter.

§ 5. Beregningsgrunnlag.

Forslaget ivaretar i liten grad kommunen sitt behov for å kunne gjennomgå beregningen av den kommunale medfinansieringen/ dvs. kommunenes kontrollbehov knyttet til deres utbetalinger som følge av ordningen. Det synes uklart hvordan oppgjørssystemet skal sikre dette, og hvordan grunnlagstallene for beregning av medfinansieringen skal presenteres kommunene. Kommunene må sikres kompetanse på dette området .

Øvrig kommentar fra kommunen:

Vedrørende klageadgang:

Kommunen savner at forskriften ikke innehar en definert klageadgang og hvordan denne skal administreres. Kommunen mener det bør etableres et nasjonalt tvisteløsningsorgan til dette formål.

Endringer i forskrifter knyttet til fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden

Kommunens kommentar:

Kommunen støtter departementets forslag til endringer i denne forskriften.

Ny forskrift om hva som skal anses for institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kommunes kommentarer:

§ 1 Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunen mener at grensen mellom helsetjenester og omsorgstjenester ikke tydelig er definert. Denne grenseoppgangen er viktig når definisjonen av institusjon er knyttet til at det skal ytes helsetjenester. Det bør vurderes å konkretisere hvilke kriterier som må innfris for å falle inn under institusjonsbegrepet.

Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens kommentar:

Kommunen støtter departementets forslag om helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell som tilbyr eller yter tjenester omfattet av den nye helse- og omsorgstjenesteloven

§ 2 Dokumentasjonsplikt

Det forslås at kun de som yter helsehjelp skal ha dokumentasjonsplikt.

Larvik kommune er ikke enig i en slik vurdering. Dokumentasjon gjennom journal gir en oversikt over tiltak som er satt i verk, observasjoner og vurderinger og bidrar til kommunikasjon mellom personell som jobber med samme bruker. Det er i dag primært helsepersonell som har dokumentasjonsplikt, men krav til dokumentasjon bør også gjelde yrkesgrupper og tjenester som tidligere lå under sosialtjenesteloven, som f.eks miljøarbeidere som arbeider målrettet med tiltak knyttet til adferd eller arbeidstrening.

Endringer i forskrift om individuell plan, herunder bestemmelser om koordinator, og forskrift om habilitering og rehabilitering

Kommunens kommentarer:

Ny forskrift lovfester plikt til å oppnevne koordinator og til å ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har plikt til å oppnevne koordinator (§4). Kommunen får utvidede oppgaver knyttet til individuell plan og koordinering. § 7-1 sier at dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og

spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Ansvarsfordelingen mellom koordinator i kommunen, koordinator i spesialisthelsetjenesten og fastlegen er likevel noe uklar.

I tillegg får kommunen plikt til å tilby koordinator uavhengig av om bruker ønsker individuell plan. Koordinator får en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

Koordinatorfunksjonen i kommunen er profesjonsnøytral, mens det for spesialisthelsetjenesten sies at koordinator bør være lege (annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig).

Forskrift om individuell plan kan implementeres uavhengig av kommunens lokale organisering. *Å oppfylle forskriftens intensjon med koordinator (også uavhengig av individuell plan) krever økte ressurser eller en tydelig prioritering av dagens ressurser.*

Koordinerende enhet – forskrift om habilitering og rehabilitering

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Koordinerende enhet skal være lett tilgjengelige for pasienter og brukere og samarbeidspartnere. Enheten skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering eller rehabilitering.

Disse oppgavene vil kunne kreve en tydelig organisering av koordinerende enhet i kommunen med ressurser til gjennomføring og oppfølging av forskriftens krav. Forskriften om habilitering og rehabilitering er ikke tydelig på de oppgaver kommunene skal sørge for på dette feltet. Det er ikke satt krav til innholdet i den kommunale rehabiliteringen eller satt noen nye krav til innhold og krav om oppfølging av individuell plan. Forskriften sier at personell skal kunne melde mulige re-/habiliteringsbehov, men ikke hvor dette skal meldes eller hvordan det skal følges opp.

Klageordningen for individuell plan er fortsatt bare en rett til å klage på manglende plan, ikke for å klage på manglende innhold eller oppfølging av planen. Et forbedringspunkt er imidlertid en tydeliggjøring av koordinatorfunksjonen og den koordinerende enheten både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det kan være en nyttig presisering som kan styrke disse funksjonene.

Det er uklar ansvarsdeling mellom koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten, likedan bør oppgaver og funksjon bli tydeligere.

Forskriften presiserer retten til medvirkning, men er utydelig når det gjelder krav tverrfaglig samarbeid/ samarbeid mellom etater.

Forskriften burde være tydeligere på en ønsket utvikling mot:

- En mer forebyggende og helsefremmende tankegang i all planlegging av individuell oppfølging, og mestringskompetanse
- Kompetanse om brukervedvirkning
- Samhandlingskompetanse

Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter

Kommunens kommentar:

Omleggingen av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten for å skape balanse mellom det kommunale driftstilskuddet, andelen egenandeler fra pasienten og refusjonsdelen fra Staten, har synliggjort misforholdet mellom driftsavtalenes størrelse og reell praksisvolum i mange kommuner. Grunnen til at dette misforholdet er oppstått er sammensatt, der enkelte kommuner bevisst har delt ledige avtaler i flere små til utlysning,

eller at avtalefysioterapeuter har sagt fra seg en del av sin driftsavtale for å få inn nye fysioterapeuter til å avlaste ventelister og/eller dele på driftsutgifter. Resultatet har blitt at svært mange kommuner "får" mer fysioterapi enn det størrelsen på driftsavtalene innebærer ettersom de fleste fysioterapeuter arbeider utover driftsavtalenes volum.

Ettersom lovverket hittil har satt en stopper for kommunenes mulighet til å øke driftsavtalene direkte, gir "Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler til fysioterapeuter" hjemlet i den nye kommunale helse- og omsorgstjenestelov åpning for at kommunen kan foreta en intern utlysning. Det synes å være en positiv utvikling. Kommunene profiterer i dag på at fysioterapeuter i deltidshjemler gir tjenester av et langt større volum enn det kommunen betaler for, og etter omleggingen av finansieringen med lavere utbetalinger gjennom takstene, kan det for mange fysioterapeuter med små driftsavtaler være økonomisk tungt å klare seg, særlig i solopraksiser.

En utfordring for mange kommuner vil fortsatt være at den økonomiske situasjonen gjør at det ikke innvilges "nye" ressurser til å øke deltidshjemler, men at kommunen må benytte anledningen til å lyse ut ledige driftshjemler internt og således øke muligheten for en eller flere fysioterapeuter med deltidshjemler å få betalt for deres faktiske arbeidsvolum, samtidig som fysioterapitilbudet totalt blir redusert. Selv om enkelte kommuner har et reelt behov for flere ressurser til fysioterapitjenesten, det være seg for kommunalt ansatte eller avtalebaserte, kan vi ikke se at den nye forskriften vil gi et økt press på kommunenes bevilgninger til dette formål. Det krever et målrettet arbeid lokalt for å få synliggjort at det økte behovet for fysioterapitjenester krever økte ressurser. En praksis med intern utlysning vil også kunne minske muligheten for nyutdannede fysioterapeuter å komme inn på arbeidsmarkedet.

For Larvik kommune

Dato: 150911

Carl Erik Mathisen
leder helse- og rehabiliteringstjenesten
Larvik kommune