



postmottak@hod.dep.no

Deres dato:

Vår dato: 06.10.2011

Saksbehandler: Hilde Tørring Enoksen

Deres ref:

Vår ref: 10/3783-8 Oppgis ved svar.
K1-

Avdeling: Sektor helse og kultur

Oversendelsesbrev:

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

Vedlagt ligger politisk vedtak og høringsuttalelse vedrørende samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop.91L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Høringsuttalelsen er utarbeidet i samarbeid med øvrige kommuner i Knutepunkt Sørlandet.

Med vennlig hilsen

Hilde Tørring Enoksen
rådgiver



Høringsuttalelse fra Lillesand kommune

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

Lillesand kommune har i høringsuttalelsen valgt å fokusere på forslagene som gir størst konsekvenser for den kommunale driften og der det er størst behov for endringer eller presiseringer. Under følger generelle kommentarer til hele høringsnotatet og deretter gjennomgås aktuelle kapitler. Det er laget oppsummeringer i "grå bokser" som gjengir hovedinnholdet i kommunens kommentarer, imidlertid er ikke disse utdypende i forhold til mindre endringsforslag og kommentarer som er gjengitt i forutgående tekst.

Generelle kommentarer:

Lillesand kommune er kritisk til at man tilsynelatende har slikt hastverk ved å få lov- og forskriftsendringene vedtatt og iverksatt. Det savnes en god nok grunn til dette, da ulempene for de involverte parter er store på flere sentrale områder som berøres. Disse ulempene og usikkerhetsmomentene vil følge av vår høringsuttalelse. Slik vi ser det vil det ikke tjene formålet å forsere disse komplekse prosessene slik det legges opp til her.

Det er også nødvendig å uttrykke bekymring for om forskriftene, slik de er utformet, vil kunne påvirke helseforetakenes utskrivningspraksis, uten at dette direkte fremkommer av lov, forskrift eller forarbeider. Det er intet ved det nye regelverket som skyver på ansvarsforholdene i så måte.

Det er kritisk at forskriftene ikke er klare i god tid i forhold til krav om avtaleinngåelser innen 31.12.11. Dette vanskeliggjør mulighetene for å få til gode prosesser rundt forhandlingene lokalt. Dette gjelder generelt, men spesielt forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Lillesand kommune uttrykker skuffelse over at det foreslåtte regelverk (lov og forskrifter) oppfattes som svært avvikende i sin form i forhold til å være et redskap for stimulering av samhandling, likeverd og gode lokalt forankrede løsninger. Høringsutkastet tar for lite hensyn til kommunens drift og tjenestetilbud. Det er i liten grad tatt hensyn til at samhandling mellom to parter krever to *likeverdige* samarbeidsparter - og jevnbyrdighet i innflytelsen.

Kap 3 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Reformen skal være en forbedring av samarbeidet mellom to likeverdige parter, til beste for brukerne. For Lillesand kommune oppleves forskriften som et tilbakesteg i forhold til det gode samarbeidet vi nå har fått med spesialisthelsetjenesten. Lillesand kommune har sammen med Sørlandet sykehus jobbet for god samhandling, god pasientflyt og behandling på beste mulige omsorgsnivå. Med utgangspunkt i den regionale avtalen om inn- og utskrivning av pasienter har vi et samarbeid som, uten bruk av økonomiske insentiver, fungerer meget bra og effektivt.

Spesielt til de enkelte paragrafer i forskriften:

§ 2: Betaling

Det er ikke tatt inn noen bestemmelser som sikrer kommunen mot forsinkelser fra spesialisthelsetjenesten. En likeverdig samhandling burde tilsi en gjensidig betalingsplikt, og

at spesialisthelsetjenesten gjøres økonomisk ansvarlig for ubenyttede sykehjemsplasser/hjemmetjenester på samme måte som kommunen gjøres økonomisk ansvarlig for forsinket mottak av utskrivningsklare pasienter. Dersom utskrivningstidspunktet endres mindre enn 24 timer før utskrivning fra spesialisthelsetjenesten må spesialisthelsetjenesten gjøres økonomisk ansvarlig på døgnbasis.

Det bør også tas inn bestemmelser knyttet til reinnleggelser. Dette aktualiseres særlig i tilknytning til tilfeller der reinnleggelser må antas å ha sin bakgrunn i en for tidlig utskrivning, eller følgetilstander etter sykehusbehandlingen, og det da blir et spørsmål om ny betaling. Vi ber her om at departementet vurderer å regelfeste/definere hva som skal regnes som en ny innleggelse og således utløse betalingsplikt for kommunen etter forskrift om kommunal medfinansiering. En måte å gjøre dette på kan være å definere reinnleggelse som ikke utløser betalingsplikt som innleggelse av samme pasient for samme lidelse de første 5 dager etter utskrivning.

Det bør være gjensidig betalingsplikt som sikrer kommunen ved endring av utskrivningstidspunkt mindre enn 24 timer før avtalt utskrivning.

Det bør også tas inn bestemmelser knyttet til det økonomiske ansvaret knyttet til reinnleggelser.

§ 3. Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling

Det vil etter vår erfaring være svært vanskelig for spesialisthelsetjenesten å gjøre beskrevne vurderinger innen 24 timer. En fare ved et slikt opplegg er at de melder mange pasienter som hjelpetrengende som siden viser seg å ikke ha behov for tjenester. Det er som nevnt innledningsvis kommunen som har ansvar for å velge hjelpeform, og det blir dermed feil at vurderingen av hvorvidt det er behov for hjemmetjenester eller institusjonsplass overlates til spesialisthelsetjenesten (§ 3a). Vår erfaring er at en slik vurdering ofte skaper store forventninger hos pasient og pårørende, og i noen tilfeller vanskeliggjør et samarbeid med den kommunale helsetjenesten både i for- og etterkant av utskrivningen. Dette gjelder spesielt i de situasjoner der sykehusets personell har uttalt at sykehjemsplass er det pasienten trenger, mens det fra kommunens side er klart at den aktuelle pasienten kan gis et faglig forsvarlig tilbud i eget hjem.

Kommunens regelverk i forhold til saksbehandling og forvaltning er verken nevnt eller tatt hensyn til. Slik forskriften er formulert, ser det ut som om det er legen ved sykehuset som både vurderer om pasienten har behov for kommunale tjenester, og hvilke tjenester som er aktuelle (institusjon eller hjemmebaserte tjenester). Vår erfaring, etter flere år med tett samhandling med spesialisthelsetjenesten, er at personalet ved sykehuset ikke har kompetanse til å kunne vurdere hvorvidt en pasient har krav på kommunale helse- og omsorgstjenester, og heller ikke hva slags tjenester som kan være aktuelle. Det vil være helt umulig for en lege ved sykehuset å kjenne tilbudene i alle kommunene sykehuset samarbeider med, og tjenestetilbudet vil variere fra kommune til kommune. Det er derfor viktig at forskriften gjenspeiler de plikter og føringer som gjelder i forhold til kommunal forvaltning og saksbehandling.

Så snart som mulig etter innleggelse i sykehuset, er det viktig at det tas kontakt med kommunen, for utredning og vurdering av hvilket tilbud som er aktuelt i kommunen etter utskrivning. I løpet av 24 timer vil det være vanskelig for personalet ved sykehuset å foreta en vurdering av pasientens situasjon hjemme. En vil ha begrenset mulighet til dialog med både pasient, pårørende og de kommunale tjenesteytere som eventuelt kjenner pasienten før. Pasientene dette gjelder er ofte eldre mennesker. Det er en kjensgjerning at det å bli innlagt i institusjon kan medføre forbigående forvirring hos pasienter. Denne forvirringen kan i en del tilfeller bli tolket som en demens, og medføre at sykehusets ansatte vil melde at denne pasienten vil ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. I enkelte tilfeller vil

dette ikke være tilfelle. Ut fra dette foreslår vi at det etter 24 timer sendes en kortmelding til kommunen, der en ber kommunen foreta en vurdering av pasientens situasjon, sammen med sykehusets personell, pasienten selv, pårørende og andre som kjenner pasienten, pasientens hjemmeforhold og ressurser. Vi vil også anmerke her at det er viktig at vurderingen som foretas på sykehuset er tverrfaglig, og ikke rent medisinsk.

Lillesand kommune reagerer på at det ingen steder i forskriften vektlegges at pasienten skal trekkes med i planlegging og behandling. Det nevnes heller ikke at pasienten har rett til å søke om kommunal helse- og omsorgstjenester, men at det er opp til pasienten hvorvidt vedkommende vil ta i mot tjenester.

Det påpekes at det i forskriften legges ensidig definisjonsmakt til sykehuset når det etter § 3a skal gjøres en vurdering av om "*pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten*". Dette er i strid med kommunenes plikt til saksbehandling for tildeling av tjenester. På denne måten flyttes vurderingen av tjenestebehov fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. Dette må være en feil. Den riktige formuleringen burde vært "vurdere om pasient kan ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester" (dette står også i § 3 første ledd, slik at § 3 a bør strykes). Ut fra dette foreslår vi som et tillegg til §3b at det etter 24 timer sendes en kortmelding til kommunen, der en ber kommunen foreta en vurdering av pasientens situasjon, sammen med sykehusets personell, pasienten selv, pårørende og andre som kjenner pasienten.

Forskriften bør inkludere at pasienten skal trekkes med i planlegging og behandling. Forskriften må også ta hensyn til at det er pasienten, ikke spesialisthelsetjenesten, som har retten til å søke om kommunal helse- og omsorgstjenester, og at det er opp til pasienten hvorvidt vedkommende vil ta i mot tjenester.

§ 4. Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

Formålet med forskriften er å bestemme kriterier for når en pasient er utskrivningsklar. Det gjør den bare i liten grad. Det savnes en tungtveiende og uttalt begrunnelse på hvorfor definisjonen av utskrivningsklare pasienter nå foreslås endret. Ulempene er åpenbare, men det er vanskelig å få øye på fordelene ved en slik endring. Kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar må være helt tydelige. Foreslått definisjon i § 4 er mangelfull og lite beskrivende. Definisjonen for når en pasient er utskrivningsklar i gjeldende forskrift er mer presis og en foreslår derfor at kriteriene slik de er beskrevet i høringsnotatets pkt 3.3 "Gjeldende rett" tas med i forskriftene som en presisering av hvilke forhold som skal være tilstede for at pasienten er utskrivningsklar.

I tillegg er det presisert i forskriften at avgjørelsen om at pasienten er utskrivningsklar skal være basert på en "individuell medisinskfaglig vurdering". Lillesand kommune forutsetter at denne foreligger i elektronisk form, sammen med nødvendig pasientrelatert informasjon ("epikrise") ved utskrivning. Dersom dette ikke gjøres, bør ikke pasienten vurderes som utskrivningsklar.

Dersom ikke definisjonen avklares må det vurderes om definisjonen av utskrivningsklar pasient er definitiv eller om den kan være gjenstand for forhandlinger mellom partene lokalt for å best mulig kunne tilpasses pasientflyten som de lokale parter finner best mulig. Vi ber om at departementet vurderer om det er tjenlig for utviklingen av samarbeidsrelasjonene at partene låses til en nasjonal definisjon på dette viktige feltet, og som i tillegg er overforenklet i sin form. Vår erfaring er at tidligere definisjon i mye større grad tar opp i seg grensen mellom spesialiserte tjenester og det kommunale ansvaret.

Vi savner også her en presisering av kommunens og innleggende leges forpliktelser ved innleggelse. Dersom pasienten er kjent i kommunen fra før, bør helse- og omsorgstjenesten så snart som mulig etter innleggelse ta kontakt med spesialisthelsetjenesten for å starte samhandlingen. I dagens kriterier for utskrivningsklar pasient står det at "problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart". Ut fra dette bør en stille krav til innleggende lege om at problemstillingene er tydelige presisert før innleggelsen.

Definisjonen av utskrivningsklar pasient er mangelfull. Lillesand kommune anbefaler at man benytter definisjonen i dagens forskrift, i tillegg til at det settes krav til "epikrise" ved utskriving.

§ 5. Kommunens ansvar

Kommunens ansvar etter at de har mottatt melding om pasient i spesialisthelsetjenesten som kan ha behov for kommunale tjenester etter utskriving, må være at en på kommunalt nivå umiddelbart setter i gang saksutredningsprosess. Dette må skje etter ønske fra, og i forståelse med pasienten. Kommunen er underlagt Forvaltningslovens regler og krav, og ett av disse er at en ikke kan sette i gang en saksutredning uten pasientens samtykke. Det er kommunens ansvar å saksutrede og anbefale/fatte vedtak om hvilke kommunale tjenester som anses som faglig nødvendige og forsvarlige.

Det sies i høringsnotatet at kommunen straks etter henvendelse om utskrivningsklar pasient skal svare på om de kan ta i mot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Dette forutsetter at vedtak om tjenester allerede er fattet. En slik henvendelse må rettes til den instans i kommunen som har oversikt over kapasitet og faglig forsvarlige tilbud i kommunen. I mange kommuner vil dette være kommunens saksbehandler- eller bestillerkontor. Disse kontorene har ikke døgn-/helgeåpent.

Med de forutsetninger som legges til grunn i forarbeidene at kommunene ikke kan avvente med å avgi svar til dagen etter at de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient, heller ikke når denne meldingen kommer etter ordinær arbeidstid, vil dette medføre at kommunene må bemanne disse kontorene på døgnbasis. Midler til utskrivningsklare pasienter som overføres kommunene vil ikke være tilstrekkelig til å opprette døgnkontinuerlig forvaltning i de fleste kommuner.

En foreslår derfor at kommunen skal svare på slike henvendelser så fort som mulig og senest førstkommande virkedag.

En forutsetning for at kommunen kan gi svar på om en kan ta i mot utskrivningsklar pasient er at vedtak om tjenester er fattet i kommunen, samt en administrativ vurdering av kapasitet i tjenesten. Administrativ døgnkontinuerlig drift er svært kostnadskreven og anses som et utvidet og urimelig krav i denne sammenhengen. Det må derfor være tilstrekkelig at kommunen svarer på henvendelser om utskrivningsklar pasient så fort som mulig og senest førstkommande virkedag.

§ 6. Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

Definisjon og begrensning av forståelsen av begrepet "dagen" i forskriften er avgjørende og har store konsekvenser for kommunenes forvaltningsmessige beredskap. Dette bør avgrenses til virkedager og ordinær arbeidstid (jfr. kommentarer til § 5). Kommunene er gjennom forvaltningsloven pålagt å følge en rekke saksbehandlingskrav i forbindelse med vurderingen og iverksettelsen av tjenestetilbudet. Dette i motsetning til arbeid etter

spesialisthelsetjenesteloven. Det bes om at det tas hensyn til dette ved utformingen av forskriften.

For betalingen skal bli korrekt vil det måtte stilles strenge krav til registrering. Datoen det kreves betaling fra må være den datoen pasienten virkelig er utskrivingsklar. Vår erfaring er at denne datoen justeres under oppholdet. Kommunen vil måtte etablere kontrollsystemer som kan fungere helt ned på individnivå, slik at en kan se at datoen stemmer med den dato pasienten virkelig var utskrivingsklar.

Dette bør omformuleres slik at det kommer tydelig frem at "betalingsplikten inntreffer fra den dagen pasienten *faktisk er utskrivingsklar*". Vår erfaring er at det fra sykehusets side settes forventet utskrivingsdato, pasientens tilstand endres og datoen forskyves. Dette kan føre til at vi har satt av en korttids plass til en pasient, men når avtalt utskrivingsdato kommer så viser det seg at pasienten ikke er utskrivingsklar, og det henstilles fra sykehuset om at vi holder plassen ledig noen dager i påvente av at pasienten skal bli klar. Dette kan medføre at vi går med ledige korttids plasser, og at andre pasienter som kunne benyttet plassen må vente. I praksis er etterspørselen etter korttids plasser så stor at en ikke kan tillate at plasser står ledige.

For å sikre korrekt rapportering og betaling må det sikres at registrering som utskrivingsklar i Norsk pasientregister først gjøres når pasienten faktisk er skrevet ut og alle rutiner nevnt i §§ 3 og 4 er oppfylt. Her må en sikre seg at it-verktøyet er slik at en kan gjøre registreringer og korrigeringer på riktig måte, dersom det viser seg at pasienten, etter utskrivingsdato er satt, ikke er utskrivingsklar likevel.

Det vil stilles store krav til spesialisthelsetjenesten knyttet til korrekt registrering og rapportering til Norsk pasientregister. Helsedirektoratets rolle som kontrollinstans blir dermed svært avgjørende. På nåværende tidspunkt er det vanskelig å uttale seg særskilt om dette da det er lite utdypet i punkt 3.6 administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene. Vi er også usikre på om dette vil være tilstrekkelig for kommunens behov for kontroll. Som del av dette arbeidet må det også bygges opp nødvendig analysekapasitet, noe som vil medføre økte kostnader for kommunene. Kommunene må gis tilstrekkelig detaljert informasjon på individnivå for å kunne kontrollere at betalingskrav er korrekte.

Fra kommunens side er man usikre på om nasjonale innretninger som skal understøtte kommunenes behov for støtte og kontroll er tilstrekkelig utbygd før forskriften trer i kraft. Det betyr i så fall at kommunene må lage egne elektroniske systemer for å kunne kvalitetssikre at både kommune og spesialisthelsetjenesten har oppfylt de forpliktelsene forskriften krever.

Definisjon og begrensning av forståelsen av begrepet "dagen" i forskriften er avgjørende og har store konsekvenser for kommunenes forvaltningsmessige beredskap. Dette bør avgrenses til virkedager og ordinær arbeidstid (jfr. kommentarer til § 5).

Det må sørges for at rapporteringssystemene sikrer betalingsplikt fra den dagen pasienten *faktisk er utskrivingsklar*.

Det må innføres gjensidig betalingsplikt som sikrer kommunen ved endring av utskrivningstidspunkt mindre enn 24 timer før avtalt utskrivning (jfr. Kommentarer til §2).

§ 7. Krav på redegjørelse

Lillesand kommune har mye og god erfaring fra samarbeid og samhandling rundt inn- og utskrivning av pasienter. Kommunene har som forvaltningsorgan plikt til å utrede og kartlegge pasienten og dennes behov i forkant av vurderingen om hvorvidt vedkommende har krav på kommunale helse- og omsorgstjenester, og hva slags tjenester det er faglig forsvarlig å tilby.

Spesialisthelsetjenesten har ikke denne oppgaven på vegne av kommunen, men må komme med innspill og uttalelser som vi må ta med i overnevnte vurdering. Se for øvrig kommentarer til §§ 3 og 5.

Forslag til §7 i forskriften er tilfredsstillende, forutsatt at avgrensningene mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for saksbehandling av kommunale tjenester tydeliggjøres (jfr. Kommentarer til §§ 3 og 5)

§ 8. Klage

Pasientens klagerett og det vedtak kommunen fatter i forbindelse med utskrivelse og mottak av pasienten bør også nevnes her. Pasienten er den som formelt søker om kommunale tjenester og kan velge å si ja eller nei til de tjenester kommunen tilbyr.

Etter §3 gis spesialisthelsetjenesten enerett til å definere når en pasient er utskrivningsklar, og når kommunal betalingsplikt inntreffer. Det er ingen bestemmelser som åpner for et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, der man kan diskutere alternative løsninger og i fellesskap komme frem til et godt resultat. Her er ikke beskrevet noe tvisteorgan. Spesialisthelsetjenesten kan altså ensidig utløse ressursbruk i kommunen, uten at det foreligger noen mulighet til å diskutere dette, der kommunehelsetjenesten, ofte med meget god grunn, kan argumentere for at den angjeldende pasient er langt fra utskrivningsklar. Det er helt nødvendig å få på plass et aktivt og daglig virksomt organ for å føre de diskusjonene som trengs der kommune og sykehus ikke er enige om hva som er rett behandling.

Det er ikke tilstrekkelig å kunne fremme en klage for Fylkesmannen i ettertid. En slik klageadgang kan i og for seg ivareta kommunens økonomiske interesser, f.eks ved å endre på det antall dager spesialisthelsetjenesten har anført kommunen har betalingsplikt for, men Fylkesmannen kan ikke ivareta pasientenes rett til å få rett behandling og deltakelse i utforming av eget tjenestetilbud som må foregå der og da i den daglige driften. Videre er det et ikke ukjent fenomen at en spesialavdeling i sykehuset har behandlet pasienten for den konkrete hoveddiagnose for innleggelsen, men at pasienten kan ha helt vesentlige tilleggsdiagnoser som krever behandling, men som "tilhører" en annen sykehusspesialitet enn den aktuelle avdeling. Pasienten kan dermed være "utskrivningsklar" i forhold til sitt lårhalsbrudd, men ikke behandlet for årsaken til at pasienten falt og pådro seg bruddet. Slike saker egner seg også bedre for et operativt tvisteorgan enn en klagesaksbehandling langt i ettertid hos Fylkesmannen.

Det bør etableres et lokalt samarbeidsorgan med fullmektige representanter for den aktuelle kommune og spesialisthelsetjenesten, som kan tre sammen på kort varsel, og som har som mandat å finne gode løsninger i saker der en i utgangspunktet ikke er enige. Dette gjelder konkrete, dagligdagse saker, der en for eksempel er uenige om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar, eller der det er uenighet om hvorvidt kommunens tilbud etter utskrivning er forsvarlig. En bør så langt som mulig forsøke å løse uenigheter på dette nivået, og unngå å måtte bringe saker inn for Fylkesmannen.

Det bør etableres et lokalt samarbeidsorgan med fullmektige representanter for den aktuelle kommune og spesialisthelsetjenesten, som kan tre sammen på kort varsel, og som har som mandat å finne gode løsninger i saker der en i utgangspunktet ikke er enige.

§ 9 Administrasjon av ordningen

Det er lagt opp til en ensidig rapportering fra spesialisthelsetjenesten til helsedirektoratet via Norsk Pasientregister.

Det vises her til kommentarer til § 6 og det stilles spørsmål ved om kommunens behov for kontroll av betaling til regionale helseforetak er godt nok sikret når beregningsgrunnlaget utelukkende er data fra Norsk pasientregister som meldes fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen må løpende motta registreringer av når betalingsplikt inntre for den enkelte pasient og hvor lenge denne varer.

§ 10. Ikrafttredelse

Lovpålagt krav til kommune og spesialisthelsetjeneste om avtale om utskrivningsklare pasienter må baseres på denne forskrift. Det er viktig at kommunene og spesialisthelsetjenesten gis tid til å utarbeide og inngå både over- og underordnede samhandlingsavtaler etter at forskriften er vedtatt og før den settes i verk. Avtaler i følge forskriften skal behandles av kommunestyret. Det er i praksis svært utfordrende å rekke å inngå endelige og forpliktende avtaler mellom sykehus og kommuner i den korte tiden som er til rådighet fra forskriften er endelig vedtatt og til årsskiftet.

Kap 4 Forskrift om kommunal medfinansiering

Lillesand kommune stiller seg i utgangspunktet positiv til forskriftens formulering med noen unntak. Medfinansieringsansvaret definert i § 1 bør presiseres og inneholde begrepet "kommunens folkeregistrerte innbyggere". Lillesand kommune foreslår at §§ 5 og 6 fullt og helt omformuleres. Det er svært uheldig at kommunenes rett til innsyn i datagrunnlaget for kostnadsberegningen og selve kalkulasjonene ikke er presisert. Dette vil være nødvendig for kontroll av betalingene, ettersyn, analyse av trender/forventninger og som grunnlag for selve budsjettarbeidet.

Administrasjonen av medfinansieringsordningen vil også medføre administrative utfordringer for kommunene knyttet til kompetanse og ressurser.

En viser ellers til kommentarene til kapittel 3 knyttet til reinnleggelser under § 2 i forslag til *forskrift om utskrivningsklare pasienter*.

Lillesand kommune stiller seg også spørrende til hvorfor ikke forskriften inneholder en paragraf knyttet til tvister og klager. Det bør opprettes en nasjonal klage- og tvisteordning i forbindelse med dette.

I § 2 står ordet "kostbare legemidler" nevnt og at medfinansiering av dette ikke skal inngå. Det er uklart hvilke legemidler og behandlinger det her henvises til. Det er svært viktig at konkretiseres og avklares.

Medfinansieringsansvaret må gjelde kommunens *folkeregistrerte* innbyggere.

Kommunene må sikres tilstrekkelig innsyn i beregningsgrunnlaget og §§ 5 og 6 må derfor omformuleres.

Det bør opprettes en nasjonal klage- og tvisteordning.

Forhold knyttet til reinnleggelser og kostbare legemidler må konkretiseres og avklares.

Kap 5 Endringer i Norsk pasientregisterforskriften

Viser til kommentarer til kapittel 3 (forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter) knyttet til kommunenes behov for kontroll og ettersyn. Det forutsettes at Helsedirektoratet gjør aktuelle data tilgjengelige for kommunene i forbindelse med dette.

Norsk pasientregisterforskriften må tilpasses eventuelle presiseringer knyttet til kommunenes behov for styring og kontroll (jfr. kapittel 3).

Kap 6 Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

6.1 Fordeling av kostnader mellom kommuner

Vi mener at dagens refusjonsordning mellom kommuner fungerer godt. Denne bør opprettholdes. Vertskommune/bostedskommune får dekket sine utgifter. Kommunen som krever refusjon må eventuelt ha ressurskrevende brukere med på sine lister og dekke eventuelle egenandeler.

Det som også videreføres er det forhold om en "person etablerer seg i en annen kommune, uten at det er tatt kontakt med den tidligere oppholdskommune, blir denne ikke ansvarlig for senere utgifter".

Det nye forslaget viderefører tidligere praksis i forhold til refusjonsadgangen kommunene i mellom, men det presiseres nå (i § 2 – siste ledd) at det skal være oppnådd enighet. I forbindelse med dette bør det presiseres at det her handler om enighet om selve tjenestetilbudet og at et minimumskrav må være at tilbudet som gis er forsvarlig. Det må være tilstrekkelig for enighet at tilbudet som gis er forsvarlig.

Departementet har i forslaget til ny forskrift § 2 satt regelen om adgang til å kreve refusjon for det som i dag regnes som sosiale tjenester etter utskrivning fra institusjon i parentes, jf. Fjerde ledd. Lillesand kommune stiller seg spørrende til hvorfor § 2 – fjerde ledd er stilt i parentes.

Kap 6.2 Disponering av kontantytelser fra folketrygden

Folketrygdloven § 22-4 regulerer disponering av ytelser til langtidspasienter i helseinstitusjoner og kommunehelsetjenesteloven gir ledelsen for sykehjem fullmakt til å disponere kontantytelser for pasienter som ikke er i stand til dette selv. Midlene skal disponeres slik at de kommer beboeren til gode med sikte på å dekke vedkommendes personlige behov, interesser og ønsker.

Departementet mener at det ikke lenger er naturlig å anse sykehjemmet eller institusjonen som den nærmeste til å disponere over deler av pasientens midler. Departementet anfører at det er nærmeste pårørende eller hjelpeverge som bør hjelpe og bistå brukere som selv ikke er i stand til å disponere sine midler. Denne foreslåtte endringen har positive følger ved at den stimulerer til økt involvering av pårørende.

Lillesand kommune støtter departementets vurderinger og primærforslag når det gjelder å oppheve folketrygdloven § 22-4 og aktuelle forskrifter. Det bemerkes imidlertid at det per i dag oppleves vanskelig å få opprettet hjelpeverge annet enn i tilfeller der det er mer komplekse økonomiske forhold. Det må derfor ses på denne ordningen dersom dette skal være gjennomførbart.

Punkt 6.2.3 Særlig om trivselsordning.

Departementet stiller spørsmål ved trivselsordningen i sykehjem: "Sykehjemsbeboere derimot, er i mange tilfeller svært svekket fysisk og mentalt. Det kan stilles spørsmål ved

rimeligheten av å innføre ordninger hvor inntil 6,25 prosent av beboernes trygdemidler settes av til trivselstiltak som mange beboere ikke vil ha forutsetninger for å nyttiggjøre seg”.

Lillesand kommune er enig i at beboere i dag gjennomgående er sykere og mer svekkede enn da ordningen ble innført, men anfører at erfaring viser at trivselstiltak likevel har positive effekter.

Kap 6.5 – Konsekvenser for vederlag i tannhelsetjenesten

Det er åpenbart at dette området har behov for en grundig gjennomgang. Lillesand kommune ser fram til høringsnotat om forslag til revisjon av lov om tannhelsetjenesten, og forutsetter inntil videre at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ikke får konsekvenser for dagens ordninger.

Refusjonsordningen mellom kommuner bør opprettholdes. Det er positivt at det nå er presisert at det skal være oppnådd enighet, men det bør presiseres at dette handler om enighet knyttet til selve tjenestetilbudet og at forsvarlighet er et minimumskrav.

Lillesand kommune er enig i forslaget om å oppheve institusjonens disposisjonsrett, men bemerker at det i flere tilfeller i dag oppleves vanskelig å få opprettet hjelpeverge.

Kap 7 Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det påpekes at forarbeidene til forskriften fremstår uryddig og uoversiktlig og bør reformuleres og tydeliggjøres. Ny definisjon av institusjon bidrar ikke til å klargjøre tematikken. Det lanseres to begreper: institusjon og helseinstitusjon. Dette vanskeliggjør fortolkningen av forskriften og gjør det krevende å ta stilling til dette forslaget med de korte tidsfrister som er gitt.

§ 1 Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven oppleves som vanskelig å ta stilling til ut fra manglende beskrivelser av konsekvenser for kommunene. De egentlige konsekvenser av ny definisjon av institusjon må kartlegges. I dag gis tilbud til rusmiddelavhengige med heldøgns bemanning der selve tjenestetilbudet er regulert i individuelle enkeltvedtak. Disse regnes ikke som institusjoner. Forslaget til ny forskrift skaper usikkerhet om hvorvidt dette tilbudet nå vil være å vurdere som institusjon og de konsekvenser det måtte innebære.

Endringene i definisjonen av institusjon kan få konsekvenser for finansieringen av nybygg, egenbetalingen, "klientifisering" av utsatte grupper, finansiering av beboeres legemidler, varighet av oppholdet, statlige tilsynsordningers interesse for driften, beboernes leiekontrakter og kommunale eiendomsavtaler.

Lillesand kommune etterlyser en nærmere analyse av hvilke konsekvenser dette vil få for tjenestetilbudet knyttet til boliger for heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester, herunder avlastningsbolig og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

I dag står kommunene fritt til å organisere sitt tjenestetilbud og velge hva som skal defineres som institusjon. Denne friheten bør opprettholdes og forslaget til forskrift begrenser det kommunale tjenestetilbudet i unødig grad.

Forarbeidene og forskriften fremstår uryddig og uoversiktlig og bør reformuleres og tydeliggjøres. Praktiske og økonomiske konsekvenser av endringene må utredes nærmere.

Lillesand kommune mener at dagens frihet for kommunene til å organisere sitt tjenestetilbud og velge hva som skal defineres som institusjon må opprettholdes.

Kommunen ser positivt på at det i forskrift presiseres at dokumentasjonsplikt ikke gjelder personer som mottar *omsorgslønn*. Det er viktig at kommunen sørger for oppfølging og veiledning av de omsorgslønnede, da de i en god del tilfeller gir omsorg til svært hjelpe- og omsorgstrequende brukere. Slik tjenesten er organisert i dag i vår kommune, er de som får omsorgslønn engasjert som oppdragstakere i kommunen. I Lillesand kommune har hver omsorgslønnet en utførerenhet som skal være veileder og rådgiver for dem. I noen tilfeller vil denne enheten være inne med andre tjenester i det aktuelle hjemmet, og får på denne måten en naturlig dialog og innsyn i hvordan forholdene rundt omsorgslønnsituasjonen er. Den kommunale utførerenheten vil da journalføre det som er nødvendig. Ellers har vi kontakt med den omsorgslønnede i forbindelse med evaluering av vedtak, hvilket som hovedregel skjer en gang pr. år. I forbindelse med dette gjør forvaltningsenheten en dokumentasjon og registrering av IPLOS, tilstand, hjelpebehov og videre tjenester.

Det er fornuftig at *dokumentasjonsplikten for personell som utfører tjenester som ikke ansees som helsehjelp* utredes nærmere og at man avventer regelverk/høring i forhold til dette. Et grundig utredet regelverk i forhold til dette imøteses. Departementet ber om innspill på hva slags dokumentasjonsplikt som bør gjelde for disse gruppene, samt hvilke problemstillinger som bør avklares i framtidig regelverk.

Generelt kan det sies at man må se spesifikt på tjenestens art når journalføringsplikt vurderes. Verdi av dokumentasjon må veies opp mot inngripen i brukers private sfære. Bare relevant og nødvendig informasjon skal dokumenteres. Det må vurderes hva som er relevant og nødvendig informasjon i forhold til aktuelle tjenester, og dette vil være differensiert.

Aktuelle tjenester som ikke knyttes til dokumentasjonsplikt i denne omgang (etter forslag om ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse) er:

- Tjenester/boliger knyttet til utviklingshemmede og som ikke er helsehjelp
- Støttekontakt
- Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
- Avlastning – der dette ikke er helsehjelp
- Praktisk bistand
 - Herunder tjenester/boliger knyttet til rusmiddelmissbrukere. Dette er kanskje den tjenesten som kommer nærmest ordinære helsetjenester i kompleksitet og der det er særlig behov for en grundig utredning i forhold til nytt regelverk. Det dokumenteres allerede i dag innen disse tjenestene, men dette skjer i varierende grad. Forhold som dokumenteres i dag er endringer i helsetilstand, rusproblematikk, bistand i ulike situasjoner. Videre dokumenteres og evalueres den enkelte brukers plan gjennom kontaktperson. Planen kan blant annet ha som hensikt å kartlegge boevne, behandling, utredning og nettverk.

Slik Lillesand kommune ser det skal denne informasjonen/dokumentasjonen ivareta følgende funksjoner:

- Dokumentasjon – rettsikkerhet (rettigheter ivaretatt, nødvendige vurderinger og tiltak gjort)
- Løpende journal og kommunikasjon i forhold til samarbeidsparter, internt og eksternt og i forhold til bruker
- Grunnlag for evaluering av tjeneste (evaluere målsettinger/vurdering av videre hjelp/ endring/avslutning av vedtak). Det er positivt at dokumentasjonsplikt tydeliggjør behov for klare målsettinger i vedtak/tiltaksplaner.
- Grunnlag for eventuelle helsemessige vurderinger

Det må ses nærmere på hva som kreves i forhold til praktisk gjennomføring når det gjelder utvidelse av dokumentasjonsplikt. Det må ses på eventuelle tilpasninger i forhold til lovverk og retningslinjer for informasjonssikkerhet. Journalsystemer må utvikles slik at de kan ivareta plikt for nye grupper. Hvordan skal journaldokumentasjon fra for eksempel støttekontakter og

brugerstyrte personlige assistenter rent praktisk overføres journalsystemer? Det er heller ikke nødvendigvis hensiktsmessig at alle skal ha selvstendig journalføringsplikt, f. eks bør kanskje ikke en støttekontakt ha selvstendig journalplikt, men heller legge rapporteringsplikt til en som har oppfølgingsoppgaver overfor støttekontakten/tiltaket.

Et regelverk må også tilpasses bruken av private tilbydere som utførere av kommunale tjenester.

Lillesand kommune støtter vurderingene som gjøres i kapittel 8. Kommunen ser positivt på at det i forskrift presiseres at dokumentasjonsplikt ikke gjelder personer som mottar omsorgslønn.

Det er fornuftig at *dokumentasjonsplikten for personell som utfører tjenester som ikke ansees som helsehjelp* utredes nærmere og at man avventer regelverk/høring i forhold til dette. Et grundig utredet regelverk i forhold til dette imøteses.

Verdi av dokumentasjon må veies opp mot inngripen i brukers private sfære. Det må vurderes hva som er relevant og nødvendig informasjon i forhold til aktuelle tjenester, og dette vil være differensiert.

Det må ses nærmere på hva som kreves i forhold til praktisk gjennomføring når det gjelder utvidelse av dokumentasjonsplikt (informasjonssikkerhet, journalsystemer, private utførere av kommunale tjenester)

Kap 9 Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m

Høringsnotatets forslag beskriver i hovedsak en videreføring av gjeldende rettspraksis.

Det fremmes en klargjøring, tydeliggjøring og en viss utvidelse av barns rett også til omsorgstjenester. Dette støttes.

Det er imidlertid en rekke problematiske forhold knyttet til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg kortvarig eller ulovlig i riket som høringsforslaget *ikke* i tilstrekkelig grad tar inn over seg. Når regelverk for disse befolkningsgruppene skal gjennomgås hadde vi derfor sett det som ønskelig at følgende forhold også blir vurdert:

Vi reagerer på oppsummeringen i høringsnotatets kap 9.5 s 86:

"Den foreslåtte utvidelsen kan muligens få en viss betydning for noen få kommuner, men departementet legger til grunn at forslagene samlet sett ikke vil medføre store administrative eller økonomiske konsekvenser."

Departementet legger til grunn at dette skal gjelde *kortvarige opphold*. Vår erfaring er imidlertid at slike opphold kan bli *svært langvarige* (konkret eksempel – barnefamilie som sitter 6 år i asylmottak etter endelig avslag på asylsøknad).

Det er derfor nødvendig å lage økonomiske ordninger som tar hensyn til dette, og særlig er vi bekymret for at manglende økonomisk kompensasjon – både til vertskommune og til helseforetak - kan medføre at nødvendige tjenester ikke blir gitt med risiko for store negative konsekvenser for den enkelte.

Et eksempel er sterkt funksjonshemmede barn som må ivaretas i barnebolig. Dette kan utløse millionutgifter, men utløser ingen økonomisk kompensasjon til vertskommunen.

Videre ser vi at familier som får tillatelse til å oppholde seg i asylmottak på bakgrunn av barns alvorlige sykdom utløser betydelige utgifter for vertskommunen uten at dette kompenseres.

Ansvarsfordeling:

Det nye forslaget til forskrift inneholder formuleringer som er flyttet fra "Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)". I det nye forslaget til forskrift er det ikke definert *hvem* som skal yte helsehjelpen. Den tidligere forskriften definerte klart spesialisthelsetjenestens ansvar i forhold til disse gruppene, nå blir det uklart hvem som faktisk har ansvar for å yte disse tjenestene:

- § 5 Gjelder denne spesialisthelsetjenesten? (helsehjelp som ikke kan vente)
- § 6 Rett til nødvendig omsorg – mest for kommunene? Hva menes med nødvendig omsorg i denne sammenhengen?

Finansieringsansvar:

Merutgiftene dette medfører burde kompenseres fra statlig hold.

Det nevnes også at ikraftsettingsdato i §10 (1. januar 2011) må være feil.

Høringsnotatets forslag beskriver i hovedsak en videreføring av gjeldende rettspraksis.

Det fremmes en klargjøring, tydeliggjøring og en viss utvidelse av barns rett også til omsorgstjenester noe Lillesand kommune støtter.

Forskriften generelt er imidlertid utydelig på ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og innhold i tjenestetilbud.

Fra Lillesand kommune antas bestemmelsene å føre til økonomiske konsekvenser, og merutgiftene bør kompenseres.

Kap 10 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

10.2 Forskrift om individuell plan

Gjeldende forskrift om Individuell Plan (IP) videreføres, endringer som følger er en lovfestet plikt til å oppnevne koordinator og til å ha en koordinerende enhet for Habilitering og rehabiliteringsvirksomhet. Det er lovfestet at koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

I dag har de som får individuell plan en koordinator. Nytt er at kommunen har en plikt til å tilby koordinator uavhengig av om brukeren ønsker individuell plan hvis vilkårene ellers er oppfylt.

Lillesand kommune har i dag tverrfaglig team som har systemkoordinator. Per i dag har Lillesand kommune valgt å implementere ansvaret for individuell plan og koordinatorrollen på flere plan i kommunen. Tverrfaglig team har ansvar for å ivareta enkeltvedtak og utnevning av koordinator, mens ansvar for oppfølging av den enkelte koordinator er ute på den enkelte enhet.

Forslaget i ny forskrift om at Habiliterings og rehabiliteringsenheten skal ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning vil medføre at kommunen må se organisatorisk på måten dette løses på. Det vil kunne medføre økte kostnader på administrasjonssiden. For Lillesand kommune vil disse forslagene være ressurskrevende og begrensende for den lokale organiseringen.

§6: Det bør i §6 – tredje ledd presiseres at spesialisthelsetjenesten er pliktig til *aktiv deltakelse i arbeidet med individuell plan*.

§ 11 Ikraftsettingsdato må oppdateres.

10.4 Koordinerende enhet - forskrift om habilitering og rehabilitering:

Forskriften inneholder ikke større endringer i forhold til selve tilbudet. Imidlertid, som beskrevet over, legges det føringer for hvordan kommunen skal organisere sitt arbeid med individuell plan, koordinator m.v. noe som vil innebære en endring for Lillesand kommune.

§7: Tjenester som inngår i kommunens helse og omsorgstjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud, det bør ses på hvordan fastlegene skal integreres i dette samlede tverrfaglige rehabiliteringstilbudet.

Kommunen skal sørge for at alle som *oppholder seg* i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial medisinsk habilitering og rehabilitering. Dette kan få som konsekvens en økt kostnad for kommunen.

§ 11 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

Teksten her er også en videreføring av tidligere forskrift og ikke noen endring i ansvarsfordeling. I praksis har det imidlertid vist seg at NAV hjelpemiddelsentralen i større grad legger fra seg oppgaver og som overføres til kommunene og gir betydelig økte kostnader.

I 2010 kom NOU 2010:5 Aktiv deltagelse, likeverd og inkludering som omhandlet forvaltning av hjelpemidler. Resultatet av arbeidet med NOU 2010 burde vært gjenspeilet i forskriften. Arbeids- og velferdsetatens rolle i dette arbeidet bør fremstå som en plikt til å bistå kommunene.

Når det gjelder høringsnotatets kapittel 10 vil Lillesand kommune framheve at forslaget i ny forskrift om at Habiliterings og rehabiliteringsenheten skal ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning vil medføre at kommunen må se organisatorisk på måten dette løses på. Det vil kunne medføre økte kostnader på administrasjonssiden. For Lillesand kommune vil disse forslagene være ressurskrevende og begrensende for den lokale organiseringen.

Det bør i §6 – tredje ledd presiseres at spesialisthelsetjenesten er pliktig til *aktiv deltakelse i arbeidet med individuell plan*.

Kap 11 Andre forslag

Kap 11.2 Forskrift om oppjustering av driftstilskudd til fysioterapeuter

Forskriften legger opp til at man kan øke driftstilskudd som ikke er 100% uten ekstern utlysning. Det kan skje ved at kommunen øker bevilgninger til dette formålet eller det blir ledighet i eksisterende driftstilskudd. Sistnevnte er lite problematisert.

Ved ledighet ved et institutt bør deltids-driftstilskuddet lyses ledig på instituttet slik at det bare er fysioterapeuter her som kan søke om å øke sitt tilskudd. Dersom det skulle lyses ledig i hele byen vil det vanskelig gjøre driften ved eksisterende institutt.

Forskriften konkluderer med at det ikke gir økte utgifter § 11.2.6 . Det forutsettes da at dette ikke gir rett til økt driftstilskudd selv om den enkelte fysioterapi jobber utover den avtale som er inngått med kommunen.



Behandles av:	Møtedato:	Utv. saksnr:	Sakstype:	
Tjenesteutvalget	04.10.2011	043/11	Å	P
Formannskapet	05.10.2011	047/11	Å	P

Arkivnr.: K1-	Saksbehandler: Hilde Tørring Enoksen	Dok.dato: 20.09.2011
Arkivsaksnr.: 10/3783 -6	Tittel: rådgiver	

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

Administrasjonens forslag:

Fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vedtas

04.10.2011 Behandling i Tjenesteutvalget

TU-043/11 Innstilling fra Tjenesteutvalget: Administrasjonens forslag **vedtas**.

Fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vedtas

05.10.2011 Behandling i Formannskapet

Innstilling fra tjenesteutvalget var delt ut.

Ragnar Langfeldt ba om at det ble vurdere hvem som skal være styringsgruppe for samhandlingsreformen. Gruppen er politisk oppnevnt i denne valgperioden.

FS-047/11 Vedtak: Innstilling fra tjenesteutvalget vedtas:

Fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vedtas.

Saksopplysninger:

Stortinget vedtok 17. juni 2011 ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt endringer i en rekke andre lover. Som oppfølging av dette har Helse- og omsorgsdepartementet 4. juli 2011 sendt ut på høring forslag til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter som må være på plass før den nye lovgivningen trer i kraft. Høringsfristen er 6. oktober 2011. Øvrige forskrifter vil ved behov bli gjennomgått senere.

Høringsbrev og høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet finnes på følgende lenke:

Høringsnotatet inneholder flere ulike forslag til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter, men man har i forslag til høringsuttalelse valgt å fokusere på de som gir størst konsekvenser for den kommunale driften og der det er størst behov for endringer eller presiseringer. Innholdet i høringsuttalelsen er felles for kommunene i Knutepunkt Sørlandet. Hovedpunktene er ført i pennen av Kristiansand kommune etter innspill fra øvrige knutepunktkommuner. Vedlagte høringsuttalelse er så tilpasset Lillesand kommune.

Forslag til *ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (kap. 3) regulerer når en pasient skal anses som utskrivningsklar, hvilket ansvar tjenestenivåene har for utskrivningsklare pasienter, varsling og tidspunkt for når betalingsplikten inntreffer. Forskriften legger viktige premisser forut for avtaleinngåelser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Ny forskrift om kommunal medfinansiering (kap. 4) vil regulere det økonomiske medansvaret kommunene får for innbyggernes medisinske innleggelse og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg foreslås det endringer i Norsk pasientregisterforskriften (kap. 5), fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser (kap. 6), forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (kap. 7), helsepersonellovens anvendelse (kap. 8), rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket (kap. 9), samt forskrifter knyttet til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet (kap. 10).

I det følgende redegjøres for hovedpunktene i Lillesand kommunes høringsuttalelse.

Sammendrag av forslag til høringsuttalelse:

Lillesand kommune er kritisk til at man tilsynelatende har hastverk ved å få lov- og forskriftsendringene vedtatt og iverksatt. Det er kritisk at forskriftene ikke er klare i god tid i forhold til krav om avtaleinngåelser innen 31.12.11. Dette vanskeliggjør mulighetene for å få til gode prosesser rundt forhandlingene lokalt.

Lillesand kommune uttrykker skuffelse over at det foreslåtte regelverk (lov og forskrifter) oppfattes som svært avvikende i sin form i forhold til å være et redskap for stimulering av samhandling, likeverd og gode lokalt forankrede løsninger. Høringsutkastet tar for lite hensyn til kommunens drift og tjenestetilbud. Det er i liten grad tatt hensyn til at samhandling mellom to parter krever to *likeverdige* samarbeidsparter - og jevnbyrdighet i innflytelsen.

Kap 3 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

- § 2: *Betaling*: Det bør være gjensidig betalingsplikt som sikrer kommunen ved endring av utskrivningstidspunkt mindre enn 24 timer før avtalt utskrivning. Det bør også tas inn bestemmelser knyttet til det økonomiske ansvaret knyttet til reinnleggelse.
- § 3. *Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling*
 - Det påpekes at det i forskriften legges ensidig definisjonsmakt til sykehuset når det etter § 3a skal gjøres en vurdering av om "*pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten*". Dette er i strid med kommunenes plikt til saksbehandling for tildeling av tjenester. På denne måten flyttes vurderingen av tjenestebehov fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. Dette må være en feil. Den riktige formuleringen burde vært "vurdere om pasient kan ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester" (dette står også i § 3 første ledd,

- slik at § 3 a bør strykes). Ut fra dette foreslår vi som et tillegg til §3b at det etter 24 timer sendes en kortmelding til kommunen, der en ber kommunen foreta en vurdering av pasientens situasjon, sammen med sykehusets personell, pasienten selv, pårørende og andre som kjenner pasienten.
- Forskriften bør inkludere at pasienten skal trekkes med i planlegging og behandling. Forskriften må også ta hensyn til at det er pasienten, ikke spesialisthelsetjenesten, som har retten til å søke om kommunal helse- og omsorgstjenester, og at det er opp til pasienten hvorvidt vedkommende vil ta i mot tjenester.
- *§ 4. Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar:* Definisjonen av utskrivningsklar pasient er mangelfull. Lillesand kommune anbefaler at man benytter definisjonen i dagens forskrift, i tillegg til at det settes krav til "epikrise" ved utskrivning.
 - *§ 5. Kommunens ansvar:* En forutsetning for at kommunen kan gi svar på om en kan ta imot utskrivningsklar pasient er at vedtak om tjenester er fattet i kommunen, samt en administrativ vurdering av kapasitet i tjenesten. Administrativ døgnkontinuerlig drift er svært kostnadskrevende og anses som et utvidet og urimelig krav i denne sammenhengen. Det må derfor være tilstrekkelig at kommunen svarer på henvendelser om utskrivningsklar pasient så fort som mulig og senest førstkommende virkedag.
 - *§ 6. Tidspunkt for betaling og krav til rapportering:*
 - Definisjon og begrensning av forståelsen av begrepet "dagen" i forskriften er avgjørende og har store konsekvenser for kommunenes forvaltningsmessige beredskap. Dette bør avgrenses til virkedager og ordinær arbeidstid (jfr. kommentarer til § 5).
 - Det må sørges for at rapporteringssystemene sikrer betalingsplikt fra den dagen pasienten faktisk er utskrivningsklar.
 - Det må innføres gjensidig betalingsplikt som sikrer kommunen ved endring av utskrivningstidspunkt mindre enn 24 timer før avtalt utskrivning (jfr. Kommentarer til §2).
 - *§ 7. Krav på redegjørelse:* Forslag til §7 i forskriften er tilfredsstillende, forutsatt at avgrensningene mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for saksbehandling av kommunale tjenester tydeliggjøres (jfr. Kommentarer til §§ 3 og 5)
 - *§ 8. Klage:* Det bør etableres et lokalt samarbeidsorgan med fullmektige representanter for den aktuelle kommune og spesialisthelsetjenesten, som kan tre sammen på kort varsel, og som har som mandat å finne gode løsninger i saker der en i utgangspunktet ikke er enige.
 - *§ 9 Administrasjon av ordningen:* Det vises her til kommentarer til § 6 og det stilles spørsmål ved om kommunens behov for kontroll av betaling til regionale helseforetak er godt nok sikret når beregningsgrunnlaget utelukkende er data fra Norsk pasientregister som meldes fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen må løpende motta registreringer av når betalingsplikt inntre for den enkelte pasient og hvor lenge denne varer.
 - *§ 10. Ikrafttredelse:* Det er i praksis svært utfordrende å rekke å inngå endelige og forpliktende avtaler mellom sykehus og kommuner i den korte tiden som er til rådighet fra forskriften er endelig vedtatt og til årsskiftet.

Kap 4 Forskrift om kommunal medfinansiering

- Medfinansieringsansvaret må gjelde kommunens *folkeregistrerte* innbyggere.

- Kommunene må sikres tilstrekkelig innsyn i beregningsgrunnlaget og §§ 5 og 6 må derfor omformuleres.
- Det bør opprettes en nasjonal klage- og tvisteordning.
- Forhold knyttet til reinnleggelser og kostbare legemidler må konkretiseres og avklares.

Kap 5 Endringer i Norsk pasientregisterforskriften

- Norsk pasientregisterforskriften må tilpasses eventuelle presiseringer knyttet til kommunenes behov for styring og kontroll (jfr. kapittel 3).

Kap 6 Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

- Refusjonsordningen mellom kommuner bør opprettholdes. Det er positivt at det nå er presisert at det skal være oppnådd enighet, men det bør presiseres at dette handler om enighet knyttet til selve tjenestetilbudet og at forsvarlighet er et minimumskrav.
- Lillesand kommune er enig i forslaget om å oppheve institusjonens disposisjonsrett, men bemerker at det i flere tilfeller i dag oppleves vanskelig å få opprettet hjelpeverge.

Kap 7 Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

- Forarbeidene og forskriften fremstår uryddig og uoversiktlig og bør reformuleres og tydeliggjøres. Praktiske og økonomiske konsekvenser av endringene må utredes nærmere.
- Lillesand kommune mener at dagens frihet for kommunene til å organisere sitt tjenestetilbud og velge hva som skal defineres som institusjon må opprettholdes.

Kap 8 Helsepersonellovens anvendelse

- Lillesand kommune støtter vurderingene som gjøres i kapittel 8. Kommunen ser positivt på at det i forskrift presiseres at dokumentasjonsplikt ikke gjelder personer som mottar *omsorgslønn*.
- Det er fornuftig at *dokumentasjonsplikten for personell som utfører tjenester som ikke ansees som helsehjelp* utredes nærmere og at man avventer regelverk/høring i forhold til dette. Et grundig utredet regelverk i forhold til dette imøteses.
- Verdi av dokumentasjon må veies opp mot inngripen i brukers private sfære. Det må vurderes hva som er relevant og nødvendig informasjon i forhold til aktuelle tjenester, og dette vil være differensiert.
- Det må ses nærmere på hva som kreves i forhold til praktisk gjennomføring når det gjelder utvidelse av dokumentasjonsplikt (informasjonssikkerhet, journalsystemer, private utførere av kommunale tjenester)

Kap 9 Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m

- Høringsnotatets forslag beskriver i hovedsak en videreføring av gjeldende rettspraksis.
- Det fremmes en klargjøring, tydeliggjøring og en viss utvidelse av barns rett også til omsorgstjenester noe Lillesand kommune støtter.
- Forskriften generelt er imidlertid utydelig på ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og innhold i tjenestetilbud.
- Fra Lillesand kommune antas bestemmelsene å føre til økonomiske konsekvenser, og merutgiftene bør kompenseres.

Kap 10 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

- Lillesand kommune framhever at forslaget i ny forskrift om at Habiliterings og rehabiliteringsenheten skal ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning vil medføre at kommunen må se organisatorisk på måten dette løses på. Det vil kunne medføre økte kostnader på administrasjonssiden. For Lillesand

kommune vil disse forslagene være ressurskrevende og begrensende for den lokale organiseringen.

- Det bør i §6 – tredje ledd presiseres at spesialisthelsetjenesten er pliktig til *aktiv deltakelse i arbeidet med individuell plan*.

Vurdering:

Høringsuttalelsen tar høyde for alle de spørsmål og bekymringer administrasjonen har i forhold til høringsnotatet. Det tas forbehold om at kort behandlingstid kan medføre at man overser enkelte viktige momenter.

Saksdokumenter:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/horingsbrev---samhandlingsreformen---for.html?id=651213>

Nr	T	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
3	U	12.01.2011	Helse- og omsorgsdepartementet	Lillesand kommunes høringsuttalelse til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov.
4	U	17.01.2011	Helse- og omsorgsdepartementet	Høringsuttalelse
5	U	09.02.2011	Helse- og omsorgsdepartementet	Høringsuttalelse

Lillesand, 05.10.11

Utskrift sendes:

Saksbehandler – til oppfølging