

Nord-Fron kommune

Dato : 30.09.2011
Vår ref. : 11/225-3/024, G00, &13
Dykkar ref. :

Saksbeh. : Inger M. Slettmoen
Telefon : 61216100
Telefaks :
E-post : post@nord-fron.kommune.no



**Nord-Fron
kommune**

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Nedregale 50
2640 Vinstra

Telefon
61 21 61 00

Telefaks
61 21 61 01

E - post
postmottak@
nord-fron.
kommune.no

www.
nord-fron.
kommune.no

Bankgiro
2095.06.05775

Bankgiro skatt
6345.06.05168

Høringsuttalelse - Forslag til forskriftsendring og nye forskrifter

Vedlagt følger høringsuttalelse fra Nord-Fron kommune.

Med vennlig hilsen

Kaija Eide Drønen
Kommunalsjef

Per Arne Vesteraas
Kommuneoverlege

Godkjend og sendt ut utan underskrift iht. interne rutinar.

Dok.dato **Tittel**
03.10.2011 Høring - september 2011

Dok.ID
72788



«SAMHANDLINGSREFORMEN – FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER» - HØRINGSUTTALELSE FRA NORD-FRON KOMMUNE

Sammendrag:

Det er spesielt 2 forhold som det er tatt lite hensyn til i høringsnotatet:

- *Kommunenes arbeidsbelastning – Det er lagt opp til et stort antall nye høringer i en tid hvor kommunen er mer enn alminnelig tungt belastet.*
- *Likeverdighetsprinsippet – Det er ikke lett å gjenfinne dette prinsippet slik ordninger og forskrifter er tenkt utformet.*

Nye forskrifter – høringer

Det legges opp til en rekke nye høringsnotater utover høsten 2011 i tillegg til de som allerede er lagt fram. Dette skjer etter en periode med et stort antall høringer om samme tema og samtidig med en periode hvor mange kommuner er svært hardt belastet etter naturkatastrofer og terrorhandlingene på Utøya og i Oslo.

Tempoet i framdriften vil bli for høyt til at mange kommuner vil ha kapasitet til å behandle disse sakene på en forsvarlig måte.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Hvem er «utskrivningsklar»?: Vurdering av hvorvidt en pasient er utskrivningsklar eller ikke er ingen objektiv definerbar størrelse og vil påvirkes av mange faktorer, bl.a.:

- Spesialisthelsetjenestens kompetanse på kommunale tjenester
- Spesielle forhold ved den enkelte pasient
- Interkommunal variasjon i tjeneste-tilbud og -kvalitet
- Personlig innstilling

Det er ikke avklart hva som legges i begrepet «hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.» Vil for eksempel videre oppfølging hos fastlege falle inn under dette begrepet?

Faglig forvarlighet: Kommunene er overlatt ansvaret for å vurdere om de er i stand til å tilby faglig forsvarlige tjenester til den enkelte pasient. Det kan være vanskelig for en kommune å avgjøre hva som er et faglig forsvarlig tjenestetilbud på bakgrunn av opplysninger fra sykehuset og det er lang erfaring for at det ikke sjelden er stort sprik mellom oppgitt og reelt funksjonsnivå.

Kommunen har også anledning til å vurdere forsvarligheten i utskrivningen. I sykehuset er dette klart definert som «lege i spesialisthelsetjenesten», men i kommunen er det ikke definerte krav til hvem som kan foreta en slik faglig vurdering.

Økt kommunikasjon: De foreslåtte prosedyrene vil medføre en betydelig økt kommunikasjon mellom sykehus og kommuner. De korte tidsfristene som ligger i dette forslaget utelukker skriftlig

kommunikasjon. Verken de kommunale eller sykehusets datasystemer er i stand til å håndtere denne typen kommunikasjon. Telefon vil kunne løse noe, men mengden meldinger fram og tilbake vil bety en stor belastning på personell både i sykehus og kommune.

Økonomi: Forskriften inneholder ikke noe om hvordan kommunenes betaling skal finansieres i framtida, men bare at det skal overføres 560mill første år. Dette gir for liten forutsigbarhet og stabilitet for kommunene.

Lange ventetider i spesialisthelsetjenesten er et stort problem. I denne tiden sitter som regel kommunene med ansvaret for å yte helse- og omsorgstjenester til de pasientene som venter. Dette gir kommunene en dobbel økonomisk belastning, og det er ikke foreslått noen økonomisk kompensasjon til kommunene ved for eksempel fristbrudd. En større grad av likeverdighet mellom partene ville vært et viktig signal både til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det er tidvis et problem allerede i dag at utskrivningsklare pasienter i sykehus blir prioritert framfor hjemmeboende pasienter med til dels større behov. Det er grunn til å frykte at denne tendensen vil kunne forsterkes gjennom denne ordningen.

Forskrift om kommunal medfinansiering

Generelt: Det er usikkert om en økonomisk reform av denne typen vil fremme «likeverdighet» mellom partene. Dette fordi pengestrømmen så langt går i retning. Kommunens behov etter dette for å gjøre økonomiske vurderinger i tillegg til de medisinske, er problematisk. Dette mildnes noe av at de fleste leger (som står for innleggelser og henvisninger) i stor grad befinner seg langt fra kommunens økonomistyring.

Det er ingen dokumentert sammenheng mellom det å skape en økonomisk samhandlingsarena og det å skape en faglig samhandlingsarena. Uten en strategi for samhandling på fagplan, er det vanskelig å se for seg hvordan reelle endringer skal kunne skje. Dette er et viktig punkt.

Argumentet om at kommunen skal bygge opp tjenester for å redusere behovet for innleggelser og spesialistkonsultasjon er faglig sett tvilsomt. Vi kan vanskelig se for oss at et kommunalt tilbud fullt ut vil kunne erstatte observasjon og/eller vurdering i spesialisthelsetjenesten, ganske enkelt fordi kommunens kompetanse er kommunal helsetjeneste, ikke **spesialisthelsetjenester** på sykehusnivå.

Økonomi: Heller ikke for «medfinansieringutgiftene» er avklart hvordan disse utgiftene utover første året skal kompenseres gjennom kommunens frie midler. Dette er viktig blir presisert.

Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften

Vi deler de vurderinger som er gjort av Departementet i forhold til taushetsplikt og delvis personidentifiserbare opplysninger.

Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

Fordeling av kostnader mellom kommuner

Det er positivt at det ikke legges opp til større endringer i forhold til dagens ordninger. Ordningen omfatter heller ikke mindre omfattende tilbud som blir gitt over kommunegrensene og det vil fortsatt være et visst rom for skjønn og fleksible ordninger mellom kommunene.

Det er et viktig prinsipp at den kommunen som betaler også skal ha det avgjørende ordet når det gjelder hva slags behandling/tilbud pasienten skal få. Dette er et prinsipp som ikke finnes igjen i forholdet mellom sykehus og kommuner. Siden kommunene delfinansierer behandling og utredning ved sykehusene, ville det være naturlig om kommunene hadde en medvirkningsmulighet i forhold til behandlingstilbudet, og dermed kostnadene. Det er liten grunn til å tro at det vil oppstå uenighet av noe større omfang i slike situasjoner, slik at merbelastningen på de involverte parter (spesielt pasienten) vil bli minimal.

Disponering av kontantytelser fra folketrygden

Det virker naturlig å gå inn for departementets primære forslag hvor disponering av kontantytelser legges til hjelpeverge/pårørende for de som ikke selv kan ivareta sine økonomiske interesser. Dette er i samsvar med det som allerede fungerer godt for disponering av andre midler.

En regulering av bidrag til felles trivselsordning er fortsatt ønskelig, men ordningen bør være frivillig all den tid den enkeltes mulighet for å nyttiggjøre seg en slik trivselsordning vil være svært forskjellig. Det bør derfor være den enkelte beboer/pasient eller representant for denne som tar denne beslutningen.

Det er vanskelig å se noen god grunn til å vedta forskjellige regler for kommunale institusjoner og institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten.

Vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Det synes rimelig og fornuftig å samle regelverket om vederlag i samme forskrift. Å endre innholdet fra unntak for betaling til hva som det faktisk kan kreves vederlag for, gjør forskriften mer forståelig.

Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det legges her opp til to forskjellige definisjoner av hva som er helseinstitusjon i forhold til hvilken lov eller forskrift en betrakter institusjonsbegrepet gjennom. Dette er uheldig, spesielt sett fra brukeres synspunkt. Definisjon av «helseinstitusjon» bør samordnes

Helsepersonellovens anvendelse

Det er positivt at en nå i all hovedsak gir samme regelverk for alle som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Definisjonen av hva som ikke er helsehjelp, vil trolig bli vanskelig for den enkelte ansatte i den konkrete situasjon. I realiteten vil personell som ikke yter helsetjenester, sannsynligvis yte tjenester som kan klassifiseres som helsetjenester i enkelte situasjoner.

Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket med mer

At barn får noe økte rettigheter til helse- og omsorgstjenester uavhengig av oppholdsgrunnlag, er positivt. En er enig i at dette trolig vil ha et svært lite omfang og ha relativt liten betydning i den enkelte kommune. Dette er også bare en tilpasning til FNs Barnekonvensjon. Helse- og omsorgstjenester til voksne med ulovlig eller kortvarig opphold, bør også vurderes i forhold til FNs Menneskerettighetskonvensjon.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Kravet om koordinerende enhet for habilitering/rehabilitering vil i mange kommuner føre til en byråkratisering av prosessen. I mange kommuner fungerer dette gjennom det daglige samarbeidet uten noen formell koordinerende enhet. Det er også et spørsmål om dette ikke i enkelte tilfelle vil kunne forsinke prosessen med habilitering/rehabilitering.

Endringer i eksisterende forskrifter

Ingen spesielle kommentarer til dette kapitlet.