



Helse- og omsorgsdepartementet

Vår dato:

30.09.2011

Postboks 8011, Dep.

0030 Oslo

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

Vi viser til departementets høringsbrev av 04.07.11, deres ref.: 201101755-/KJJ og vår ref.:
TKR/SMSR/AM/AH

Vår uttalelse er på vegne av Pensjonistforbundet og de samarbeidende organisasjonene;
Telepensjonistenes Landsforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund
og LO-Stats pensjonistutvalg.

Pensjonistorganisasjonene har funnet det nødvendig å avgrense uttalelse til følgende områder:

- Generelle synspunkter på høringsnotatet
- Kapittel 3 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Kapittel 4 Ny forskrift om kommunal medfinansiering
- Kapittel 5 Endringer i Norsk Pasientregisterforskriften
- Kapittel 6 Fordeling av kostander mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser
- Kapittel 7 Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Kapittel 8 Helsepersonellovens anvendelse
- Kapittel 10 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Generelt

Pensjonistenes organisasjoner synes HOD gjennom de foreslåtte forskriftene har klart å gi oss bedre forståelse for hva som ligger i helse- og omsorgstjenesteloven og tydeliggjør kommunenes ansvar for helse og omsorgstjenester.

Vi har i vår tidligere uttalelser stilt oss tvilende til at kommunene får relativ stor frihet til selv å organisere arbeidet som følge av reformen. Vi velger pr. dato å la tvilen komme kommunene til gode, men bekymringen er så absolutt til stede. Lokale forhold må selvfølgelig ligge i bunn for organiseringen, men ut fra dagens organisering etter “gammel” modell synes en del kommuner å finne modeller som er lite gjennomtenkt og derfor ikke tilfredsstillende krav om forsvarlig og verdig eldreomsorg.

Frie midler har erfaringsmessig gått i det store sluket og ikke til konkrete oppgaver skissert som ønskelig mål fra regjeringen – jfr. den siste bevilgningen på 1 mrd kroner til eldreomsorg ved

årsskiftet. Midlene har etter det vi erfarer i mange kommuner gått til posten ymse, mens eldreomsorgen igjen har vært den tapende part. Vi nevner også misforholdet mellom investeringsmidler og drift. Resultatet av et slikt misforhold er dessverre ganske stabilt, ledige senger står i flere sykehjem fremdeles tomme på grunn av manglende driftsmidler. Den tapende part er selvfølgelig de eldre som ikke får forsvarlig omsorg fra sin kommune.

Kompetansekrav og profesjonsnøytral

Ny helse- og omsorgstjenestelov er utformet mer overordnet og profesjonsnøytral.

Pensjonistenes organisasjoner er svært uenig i dette og har lenge ønsket bemanningsnormer for leger og sykepleiere ved sykehjem. Vi vil understreke betydningen av at sykehjem først og fremst er en helseinstitusjon og bør bemannes deretter. Behovet for bemanningsnormer og kompetanse skyldes ikke bare “de skrøpelige eldre” i sykehjem, men ikke minst de økte oppgaver og kompetansekrav som følger samhandlingsreformens intensjoner om økt behandling og rehabilitering i kommunene. En innsats som langt må overskride det de fleste kommuner gjør i dag om det skal bli en realitet. Kvalitet har også noe med kapasitet å gjøre. For dårlig kapasitet til å løse oppgavene på riktig nivå, vil gå ut over pasientene som ikke når fram med sine behov. Derfor er sykehjemskapasiteten så viktig for balansen og kvaliteten i hele behandlings- og omsorgsapparatet.

Vi legger ved forslag til ny kvalitetsforskrift. Vårt utkast til en ny kvalitetsforskrift er utarbeidet i samarbeid med frivillige organisasjoner; Eldreaksjonen, LHL, Nasjonalforeningen, Sanitetsforeningen og Kirken Bymisjon.

Vi mener det er viktig å understreke betydningen av hva som ligger i ordet kvalitet.

I perioder der kommunene sliter med dårlig økonomi ser vi at dette ofte medfører redusert kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten som f.eks. redusert kvalifisert bemanning og stort bruk av ufaglærte vikarer. Dette kan skade pasientsikkerheten.

Det positive er at departementet ønsker å beholde krav om sykepleiertjeneste i sykehjemsforskriften.

Pensjonistenes organisasjoner ser også klart at mange andre faggrupper kan ha mye å bidra med i eldreomsorgen, f.eks. farmasøyter, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Departementet legger opp til at eldre skal bo hjemme lengre og da må pleie og omsorgs-tjenesten ha tilstrekkelig med faglig kompetanse for å kunne bistå denne gruppen. Det må ikke være basert på at kun de sterke brukerne/pårørende vinner fram i forhold til kompetent helsepersonell. Vi er klar over at det kan bli et betydelig press på helsepersonell i tiden som kommer og at kommunene må bruke all sin kompetanse for å organisere et medisinsk faglig helsetilbud for de som bor og oppholder seg i kommunen. Men vi er redd at ikke alle eldre har ressurser selv til å kreve sin rett.

Pasient- og brukerrettighetsloven - brukarmedvirkning

Samhandlingsreformen fremhever også kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette er veldig positivt og vi håper at intensjonen om at lovendringene skal føre til at brukerne sikres mer helhetlige og koordinerte tjenester gjennom forpliktende samarbeidsavtaler blir ivaretatt. I tillegg er det viktig å lytte til pasientens behov for koordinerte tjenester. Det er ikke alltid helsetjenesten og pasienten har samme forståelse for hva som ligger i koordinerte og helhetlige tjenester. Derfor må det spesielt legges vekt på pasientens brukarmedvirkning i denne sammenheng.

Kapitel 3 - Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Stortinget har vedtatt en bestemmelse i § 11-4, om at kommunene skal ha medfinansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en. I henhold til tredje ledd kan departementet gi nærmere bestemmelse om ordningens omfang og innhold. Det er disse forskrifter som er sendt ut på høring og som skal tre i kraft av 1.1. 2012.

Sentrale tema i forslaget til ny revidert forskrift er:

- a) *Generelt*
- b) *Når pasienten skal anses som utskrivningsklar*
- c) *Hvilket ansvar tjenestenivåene har for utskrivningsklare pasienter*
- d) *Varsling og tidspunkt for når betalingsplikten inntreffer.*
- e) *De lovpålagte avtalene mellom de regionale helseforetak og kommunene skal inneholde nærmere avklaringer av håndteringen av utskrivningsklare pasienter*

a) **Generelt**

Samhandlingsreformen har som mål: Rett behandling - rett sted – rett tid.

Da er det nødvendig å styrke kommunehelsetjenesten, komme tidligere til med behandling og styrke alle tiltak for å forebygge helsesvikt. For å ivareta de eldre best mulig, bør kommunene først rustes opp slik at de kan gi et godt tilbud til utskrivningsklare pasienter. De økonomiske oppgjørsordningene mellom kommunen og sykehusene burde vært overflødige. Men vi ser dessverre gjennom senere års praksis at kommunene trenger et press for å prioritere denne oppgaven.

Begrepet «**Utskrivningsklar pasient**» har blitt innført pga. manglende tilbud i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Blir kommunenes helse- og omsorgstjenester tilstrekkelig utbygget, bør begrepet forsvinne med de økonomiske konsekvenser.

b) **Når pasienten skal anses som utskrivningsklar**

Pensjonistenes organisasjoner vil understreke at definisjon på utskrivnings-klar pasient ikke gir noen krav til spesialisthelsetjenesten om behandling. Det kreves kun at ting skal være “avklart” (diagnostisert). Pensjonistenes organisasjoner mener det bør være et punkt som slår fast at “nødvendig behandling som mest hensiktsmessig kan gis i spesialisthelsetjenesten må være igangsatt og gjennomført” før en pasient kan erklæres utskrivningsklar.

Spesialisthelsetjenesten må fortsatt ha ansvar for at behandling og rehabilitering har nådd et punkt der kommunehelsetjenesten er i stand til å ta over. Det er dette tidspunktet som må defineres for den enkelte pasient, ut fra nytten av fortsatt opphold i forhold til et eventuelt dårligere og utilstrekkelig tilbud i kommunen. Alle er tjent med at enderesultatet blir best mulig og at reinnleggelser avtar. Dette blir samhandlingens store utfordring

Her er det geriatrien må styrkes i spesialisthelsetjenesten og konsultativt i kommunene.

Pensjonistenes organisasjoner mener at det må være spesialisthelsetjenestens oppgave å gi tilbud til eldre pasienter med komplekse og sammensatte lidelser. Dette er geriatri, og denne må styrkes i spesialisthelsetjenesten

Konklusjonen: Det er nødvendig å øke presset på kommunene til å bygge sykehjem fordi et effektivt behandlings- og rehabiliteringsapparat bidrar til å holde flest mulig hjemmeboende, og vil være avgjørende for gjennomføring av Samhandlingsreformen. Det er mangel på aktiv og effektiv behandling på kommunenivå som skaper ubalanse i behandlings- og omsorgsapparatet, men spesialisthelsetjenesten må ha medansvar for at denne behandlingen kommer i gang, ellers blir det dårlig samhandling.

c) Når det gjelder bestemmelsene om spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling synes regelverket å virke ganske greit.

Pensjonistenes organisasjoner er positive til at det lages grunnleggende prosedyrekrav som er med og bidrar til bedre forutsigbarhet både for kommunen og sykehuset.

Det kan bemerkes at det i svært mange tilfelle antas å være vanskelig å vurdere innen 24 timer etter innleggelse på sykehus om pasienten vil trenge kommunale tjenester etter ferdigbehandling. I de tilfelle hvor varsling gis på et senere tidspunkt, vil det være behov for et nært samarbeide mellom kommunene og sykehuset om hvilke tiltak som det er behov for og når det er mulig å iverksette disse. Få kommuner har ledig kapasitet på sykehjem, sykepleie og andre hjelpetiltak og dette krever forberedelse.

- **Pensjonistenes organisasjoner** vil understreke at de også i prosedyrekravene må tas med at både pasient og pårørende også blir varslet om hvor lenge innleggelsen antas å vare, og om man antar pasienten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon.

De administrative og økonomiske konsekvenser av betalingsordningen synes lite oversiktlige. Det er beregnet en betalingssats på kr. 4 000 kroner pr. døgn og dette er basert på 140 000 liggedøgn som tilsvarer gjennomsnittlig antall utskrivningsklare liggedøgn i perioden 2007 – 2009. For å dekke disse utgifter vil det fra 2012 bli overført omlag 560 millioner til kommunene som en del av det statlige rammetilskudd som er frie inntekter.

På det nåværende tidspunkt har kommunene ingen oversikt over hvilke utgifter de vil bli påført i 2012 eller størrelsen av det tilskudd som vil bli gitt. Helsedirektoratet er ansvarlig for beregningene som i utgangspunkt baseres på opplysninger fra Norsk Pasientregister. Det er forutsatt at datagrunnlaget skal være tilgjengelig for kommunene, men for kommunene må det allikevel være stor usikkerhet med hensyn til hvilke utgifter som vil påløpe. Situasjonen i dag er at svært mange kommuner ikke har hatt økonomiske muligheter til å bygge ut og drive sykehjem og andre tiltak for å ta imot et større pasientantall. For at kommunene skal kunne løse fremtidige oppgaver er det nødvendig at det fra staten side ikke bare bevilges investeringstilskudd, men det

må også øremerkes midler til driftstilskudd. Svært mange av de pasienter som utskrives fra sykehus er eldre mennesker som det må være samfunnets ansvar å sørge for plasser til.

Når spesialisthelsetjenesten har utført det som de mener er deres primære oppgave, erklærer de pasienten utskrivningsklar. Tidligere ble begrepet “ferdig behandlet” brukt. Men det ble ofte misforstått, for pasienten var fortsatt syk og i behov for viderebehandling, evt. pleie og omsorg. Det påligger 1.linjetjenesten i kommunene å gi det tilbudet. Men de fleste kommuner har økonomiske problemer, og mange kommuner har ikke prioritert utbygging av eldreomsorg tilstrekkelig sterkt. Det har blitt gitt råd til flere kommuner å avhjemle sykehjemsplasser og gjøre sykehjem om til omsorgsboliger, som først og fremst er et botilbud. Dette er veldig uheldig for pasientene og truer deres trygghet. Her må det stilles større krav til kommunene når det gjelder ivaretagelse av pasientene.

For oss eldre er det viktig å få tilgang til de ytelser sykehusene kan gi, men i tillegg er det viktig å kunne få viderebehandling og opptrening i egen kommune. Pasienter som blir liggende igjen på sykehusene som utskrivningsklare pasienter fordi deres kommuner ikke har bygget ut sine tjenester tilstrekkelig, spesielt sykehjemmene, hindrer bl.a. eldre fra innleggelse på sykehus.

- **Pensjonistenes organisasjoner** vil understreke følgende:

Det må fortsatt være faglig avgjørelse av helsepersonell på sykehusene som avgjør om det tilbud kommunene stiller til rådighet, er forsvarlig. En utskrivningsklar pasient må bli liggende på sykehus til det ansvarlige personell på sykehuset har garanti for at kommunens tilbud er tilstrekkelig.

Det må være helt klart at faglige vurderinger fra helsepersonell skal lede pasient-strømmen, og ikke økonomiske betraktninger. Trolig vil betalingsplikt for kommunen fra 1.dag etter at en pasient er erklært utskrivningsklar, være med på å få kommunene til å prioritere annerledes. Økede bevilgninger til kommuneøkonomi blir nødvendig, og kanskje bør midlene øremerkes.

Konklusjon:

Pensjonistens organisasjoner er enig i betaling fra kommune til sykehusforetak fra første dag en pasient er utskrivningsklar. Det er nødvendig å øke presset på kommunene til å bygge sykehjem. Det viktigste er at kommunene bygger flere sykehjem slik at de som trenger sykehjem får det og at de ikke blir liggende hjemme uten tilstrekkelig trygghet, pleie og omsorg. Og at utskrivningsklare pasienter får det tilbudet de har behov for og ikke må ligge lenger på sykehus enn det som er nødvendig.

Kapitel 4 – Forskrift om kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering gir kommunene et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Dette skal få kommunene til å ta et insentiv til å redusere innbyggernes behov for spesialisthelsetjeneste ved å bruke egne ressurser til å forebygge og etablere gode tjenestetilbud i egen kommune. Vi har merket oss at Stortinget har vedtatt å innføre kommunal medfinansiering fra og med 2012, men vi vil allikevel gi våre kommentarer til denne forskriften.

Det er helt feil å ta fra 2.linjetjenesten og overføre midler til 1.linjetjenesten i den hensikt å øke kvalitet og kapasitet i 1.linjetjenesten. Flere fastleger, og bedre kommunehelsetjeneste vil øke henvisninger til spesialisthelsetjeneste og sykehusinnleggelser.

Både 1.linjetjenesten og 2.linjetjenesten må få økede ressurser, og økningen må være størst i 1. linjetjenesten.

I lovens § 11-3 er det inntatt en bestemmelse om at departementet i forskrift kan gi bestemmelser om kommunenes medfinansiering av pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. Stortinget har vedtatt at medfinansieringen skal innføres fra og med 2012 for somatisk aktivitet.

Det er vanskelig å bemerke noe til selve beregningsgrunnlaget som er basert på at kommunen skal dekke 20 % av enhetsprisen for ett DRG- poeng, begrenset oppad inntil 4 DRG – poeng. For å dekke kommunenes utgifter til ordningen er det lagt opp til at kommunene skal få overført omkring 4,2 milliarder i statsbudsjettet for 2012 som en del av rammetilskuddet som er frie inntekter. Disse midler tas fra bevilgningen til sykehusene som en reduksjon av ISF-bevilgningen.

I Høringsnotatet av 18.10.2010 vedrørende Samhandlingsreformen er det i Kap. 3 gitt en god beskrivelse av **“Dagens helse- og sosialtjeneste i kommunene – utviklingstrekk og fremtidige utfordringer”**. Her sies det mellom annet: “Utviklingen har gått så fort på etterspørselsiden at tilbudssiden har hatt problemer med å omstille seg både kompetansemessig, økonomisk og organisatorisk”. Man kan være redd for at de oppgavene som nå pålegges kommunene vil forsterke dette bildet og føre til:

1. Visse pasientgrupper vil bli nedprioriterte.
2. Helsetjenestetilbudet vil svekkes for et stort antall pasienter og særlig gamle.
3. Kommunene vil ikke makte den betydelige volum- og kompetanseheving som reformen forventer med de midler som er stilt til disposisjon. (Sammenlign her den betydelige svikt som den senere tid er avdekket i kommunal institusjonstjeneste).
4. Analyse av fastlegenes kapasitet og kompetanse til å overta en ikke ubetydelig del av spesialisthelsetjenestens oppgaver er ikke tilfredsstillende gjennomført. Vi mener en slik analyse vil avdekke betydelig svikt.
5. Betydningen av faglig kompetanse hos helsepersonell i kommunal institusjon nedvurderes.
6. Den forventede innsparing vil ikke kunne innfris.

Konklusjon

Pensjonistenes organisasjoner har tidligere gått imot forslaget om medfinansiering fra kommunene til sykehusinnleggelser og regelverket må avklares nærmere før dette iverksettes. Dette er en så viktig bestemmelse i helselovgivningen at denne burde forelegges for Stortinget til behandling og ikke bare iverksettes av departementet etter uklare regler. For at kommunene skal bygge ut nye tiltak for å avlaste spesialisthelsetjenesten er det helt nødvendig med øremerkede midler til drift av nye tiltak. På det nåværende tidspunkt har kommunene ikke hatt tilstrekkelige midler og størrelsen av fremtidige bevilgninger er usikre.

Kapitel 5 – forslag til endringer i Norsk Pasientregisterforskriften

§ 1 -2 skal lyde:

§ 1-2 Norsk Pasientregisters formål

Norsk pasientregister har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialtjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, kommunal medfinansiering og betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter

I tillegg har Norsk pasientregister til formål å:

- a) Bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, herunder forskning som kan gi viten om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser, og sykdommers årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak.
- b) Danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre,
- c) Bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader.

Pensjonistenes organisasjoner støtter forslaget, men understreker sterkt behovet for fastsetting av hvordan man skal administrere dette og sikre finansieringen.

§ 3-3 skal lyde.

§ 3-3. Tilrettelegging og utlevering av opplysninger for aktivitetsbaserte finansieringsordninger og betalingsordninger for utskrivning av pasienter.

Opplysninger (om bør settes inn i teksten her) nødvendige for drift og utvikling av etablerte aktivitetsbaserte finansieringsordninger innen spesialhelsetjenesten, kommunal medfinansiering og betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter skal legges til rette av Norsk pasientregister og utleveres til Helsedirektoratet for gjennomføring av drift og utvikling. Det skal ikke utleveres opplysninger med direkte personidentifiserbare kjennetegn.

Opplysningene som mottas til formål som følge av første ledd skal slettes så snart oppgaven er utført og kan ikke oppbevares lenger enn 5 år etter avsluttet driftsår.

Opplysningene som skal benyttes til utredninger av vesentlige endringer eller utvidelser av ordningene som nevnt i første ledd skal bare utleveres i henhold til § 3-4, § 3-5 og § 3-6 i denne forskrift

Kapitel 6 - Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

1. *Disponering av kontantytelser fra folketrygden*
2. *Vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon*

1) *Disponering av kontantytelser fra folketrygden*

Departementet foreslår primært å oppheve de fire forskriftene om institusjoners disponering av kontantytelser fra folketrygden på vegne av beboerne.

Pensjonistenes organisasjoner er positive til at departementet nå foreslår en omlegging av forskriften fra det å skrive om hva det ikke kan kreve vederlag for til hva det kan kreve vederlag for.

Det blir mer enkelt og oversiktlig for brukerne.

2) *Vederlag for kommunal helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon*

- **Pensjonistforbundet har tidligere sendt brev til Helse- og omsorgs-departementet der vi ber om at det blir nedsatt en gruppe som ser på egen-betalingsordningene for sykehjem og omsorgsboliger. Pensjonistforbundet ønsker å delta i denne gruppen.**

Vederlagets størrelse er ikke nevnt i forskriften.

Det er foreslått at vederlagsforskriften gjøres enklere for brukerne og pårørende. Dette støtter vi. Samtidig er det også foreslått å ivareta en sosial profil som i dag. Det er også noe forbundet støtter, men vi ønsker å drøfte dette sammen med departementet.

Pensjonistenes organisasjoner vil påpeke følgende forhold som det at eldre i dag har et mer aktivt liv og vederlagets størrelse må gjenspeile dette. Det skal være mulig "å leve" selv etter at en har fått plass på et sykehjem.

Forbundet har fått flere henvendelser fra pårørende vedr. vederlagsforskriften. Pårørende synes det er vanskelig å kontrollere om vederlagets størrelse er riktig beregnet.

Spesielt viktig er det å se på vederlagsordningen for de som har gjenværende ektefelle.

Pensjonistenes organisasjoner har grunn til å tro at enkelte kommuner velger å gjøre om sykehjem til omsorgsboliger på bakgrunn av vederlagsforskriften og statens subsidier når det gjelder legemidler, husleiestønader (bostøtte) og hjelpemidler.

Det er pasientens individuelle behov for pleie og omsorgstjenester som skal være avgjørende for pleie og omsorgstilbudet som pasienten skal få og ikke pasientens eller kommunens økonomi.

Det er viktig at det skjer endringer som ikke fører til mer utrygghet for de skrøpeligste av de eldre. Når en først har fått en sykehjemsplass, må en være trygg på at en skal fortsette å få bo i sykehjemmet så lenge tilstanden ikke har bedret seg betraktelig.

De fleste som bor i sykehjem i dag er meget skrøpelige og terskelen for å få en plass på sykehjem er altfor høy. Vi viser til en rapport som Edit Gjevjon fra HIG har gjort på oppdrag fra Pensjonistforbundet. HIG har også gjort et oppdrag fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus som viser samme tendens. 40 % av saksbehandlerne sier blant at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy. Dette må kommunen ta på alvor og det er derfor viktig at vederlagsordningene også blir revidert med tanke på å ivareta pasientenes rettssikkerhet.

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

6.2 Disponering av kontantytelser fra folketrygden.

- Pensjonistenes organisasjoner slutter seg til departementet syn at det ikke er naturlig at institusjonen disponerer over deler av pasientens midler og utvalget er av den oppfatning at forskriftene bør oppheves.

6.2.3 Særlig om trivselsordning

- Pensjonistenes organisasjoner støtter forslaget om at forskriften om trivselsordning bør oppheves. Kommunene er pålagt å aktivisere beboerne gjennom verdighetsgarantien. Røde Kors besøksvenner, venneforeninger og andre frivillige organisasjoner er også blitt aktive når det gjelder å skape trivsel for beboerne.

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

1. *Hva regnes som, institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven*
2. *Hva som regnes som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter § 3 fjerde ledd*

Generelt

Innledningsvis ønsker Pensjonistenes organisasjoner å påpeke behovet for klargjøring av begrepet institusjon i det kommunale tjenestetilbud i forbindelse med nye lover og forskrifter. Det forvaltningsmessige skille mellom “i og utenfor institusjon” presiseres og konkretiseres. Vi vet at kommunene i dag står fritt til å organisere sitt tjenestetilbud og de kan velge selv hva de vil definere som institusjon, herunder sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, aldershjem og barneboliger, og hva de vil definere som omsorgsbolig. Valget av definisjon på de ulike boløsninger får konsekvenser både for krav til tjenestene, finansieringen og brukerbetaling, enkeltvedtak og til dels også kostnadsfordelingen mellom kommune og stat.

Pensjonistenes organisasjoner mener at både sykehjem og omsorgsboliger med heldøgn pleie og omsorgstjenester (dvs. fast bemanning 24 timer i døgnet) bør likestilles når det gjelder å bli definert som en helseinstitusjon. Begge må ha samme krav til helsepersonell, rettigheter og tilsyns og klagerett. Hvis ikke vil kommunene fortsette, å omdefinere sykehjem til omsorgsboliger av økonomiske årsaker

1) Hva som regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Pensjonistenes organisasjoner har lenge ønsket en klarer definisjon på hva som regnes som sykehjem.

På 90-tallet startet en ”boliggjøring av eldreomsorgen”. En ønsket å komme bort fra begrepet sykehjem og få større fokus på bofasiliteter med personlig preg og ansvar. Utviklingen ble stimulert av statlige investeringstilskuddsordninger og “Handlingsplanen for eldreomsorgen” (St.meld. nr. 50 1996-97). Kommunene så muligheten for økonomiske driftsfordeler samtidig med forventet kvalitetshevning av tilbudet. Sykehjem og begrepet “boform for heldøgns omsorg og pleie” ble rettslig likestilte som institusjon. Det er imidlertid vår påstand at mange omsorgsboliger ble og blir brukt til det vi vurderer som sykehjemspasienter, men holdt utenfor institusjonsforskriftene av driftsmessige grunner. Til dels har også sykehjem og aldershjem blitt ombygget og avhjemlet til slik driftsform og andre driftsformer som bokollektiv og lignende, delvis omtalt i høringsnotatet kap. 7.2.2 og 7.2.3.

De siste årene har vi vært vitne til en gledelig utvikling mot flere enerom på sykehjemmene som slik har mistet litt av sitt tradisjonelle institusjonspreg. Grensene mellom sykehjemmet / “omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie” og alle de andre kommunale botilbud tilknyttet helse- og sosialtjenester “utviskes”. Men det har gått på bekostning av antallet sykehjemsplasser. Ombyggingen av sykehjemmene betinger nok også en høyere personalfaktor som det dessverre ofte ikke blir tatt høyde for. Det kommunale konglomerat av tilbud og tjenester gir selvsagt

mulighet for differensiering, men samtidig gjør det oversikten vanskelig for presumptive brukere og kompliserer administreringen av tjenestene. Det vanskeliggjør også sammenligning av tjenestetilbudet mellom kommunene.

I kap. 7.2.2.3 påpeker departementet at omsorgsboliger ikke er regulert som egen tjeneste eller institusjon. Dette må kunne tolkes dit hen at de ikke kan erstatte sykehjemsfunksjonen, noe vi ovenfor har påpekt at de dessverre ofte gjør i praksis. Disse forhold er meget godt beskrevet og analysert i Rapport fra Sosial- og helsedepartementet august 1999 med tittelen **“Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester”** (kapittel 10 og 11).

Sykehjem og ”boform for heldøgns omsorg og pleie” har til nå vært rettslig likestilte, underlagt samme forskrifter, samme driftsbetingelser og forutsatt å dekke de samme oppgaver under betegnelsen “institusjon”. Nå fjernes betegnelsen “boform for omsorg og pleie” fra sykehjemsforskriften og institusjonsbetegnelsen. Begrunnelsen er at denne boformen brukes i svært liten grad (om noen) i dag. Dette mener vi å kunne tilbakevise. (Det siste eksempel har vi i et notat i “Sunnmørsposten” 10.sept. i år der det under overskriften **“Vigra får bukolektiv”** anføres følgende: “Rådmannen i Giske tilrår at Vigra sjukeheim vert omgjort til bukolektiv frå 1.januar. Dei 8 skjerma plassane skal framleis vere sjukeheim. Dei andre plassane vert etter omlegginga meir lik vanleg omsorgsbustader som er billegare for kommunen”).

En rekke boformer som får denne betegnelsen og lignende betegnelser gir i dag tjenestetilbud til det som må karakteriseres som sykehjemspasienter på grunn av mangel på sykehjemsplasser. Ved å fjerne “boform for heldøgns pleie og omsorg” fra institusjonsbegrepet og forskriftene vil kommunene få hjemmel for å fortsette en praksis med for dårlig tjenestetilbud i fine boliger. Innholdet i tilbudet kan da tolkes fritt samtidig som kommunen er nødt til å opprettholde tilbudet pga mangel på sykehjemsplasser. Denne muligheten blir ytterligere underbygget ved at Departementet synes å mene at nærmere spesifisering av sykehjemsfunksjonen er unødvendig da det er “et innarbeidet begrep og innholdet i tjenesten er kjent”. Denne konklusjonen synes uforståelig og bryter totalt med det som anføres like foran under 7.2.3.1. der det foreslås “en positiv og uttømmende angivelse av hva som skal regnes som institusjon etter lov om helse- og omsorgstjenesteloven”. Hvordan skal dette tolkes?

Det er viktig at vi får en beskrivelse av innhold og funksjon i en institusjon som blir helt avgjørende for gjennomføring av Samhandlingsreformen og det totale kommunale omsorgsapparat.

Aldershjem

Aldershjemmene har etter vår vurdering fått en merkelig “plassering”. Det er et faktum at der de fortsatt eksisterer, brukes de som supplement til sykehjemsplasser, ofte under betegnelsen bokolektiv, og ofte som tilbud til demente. Det er derfor ikke riktig som anført i høringsnotatet at hovedformålet med aldershjem ikke er helsehjelp. Vi mener derfor det er inkonsekvent at aldershjem ikke regnes som institusjon også innenfor pasientskadeloven og helsepersonelloven.

Sykehjemsbehovet og sykehjemmets fleksible og mangesidige funksjon og betydning i helheten er undervurdert og utilstrekkelig behandlet i forbindelse med Samhandlingsreformen, ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forskriftene til denne (sml. igjen rapporten “Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester”). At denne medisinske og tyngste delen av kommunal helse- og omsorgstjeneste både for eldre og andre grupper gis en så overfladisk behandling gir grunn til bekymring.

Det er også bekymringsfullt at man i lovforslag og forskrifter ikke har gått nærmere inn på plassering, funksjon og forutsetninger for etablering og drift av nye institusjonstilbud som distriktmedisinske senter (DMS) eller intermediaeravdelinger (IMA) slik rapporten fra Departementet sin egen ekspertgruppe gir grunnlag for.

Kapitel 8 Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Mottakere av omsorgslønn

Av § 2-1 i helse- og omsorgstjenesteloven følger det at helsepersonelloven skal gjelde tilsvarende for alle som yter helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Lovens § 2-1 andre punktum gir adgang til i forskrift å fastsette at det kan gjøres unntak fra dette prinsippet. Departementets har vurdert at personer som mottar omsorgslønn skal unntas helsepersonelloven. Mottakere av omsorgslønn vil ut i fra dette ikke anses som personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Pensjonistenes organisasjoner støtter departementets vurdering om at mottakere av omsorgslønn unntas loven. Dette fordi mottak av omsorgslønn er vesensforskjellig fra de andre tjenestene som ytes etter loven. Omsorgslønn er i tillegg en økonomisk tjeneste som typisk tildeles en pasient eller brukers pårørende. Noe som også tilsier at det vil være mindre behov for den personellmessige regulering som følger av helsepersonelloven.

- Pensjonistenes organisasjoner mener at staten bør garantere for omsorgslønn. Med denne statlige garantien bør det følge med midler som er regelbundet til dette formålet. Vi mener også at kriteriene for å motta omsorgslønn bør standardiseres og tydeliggjøres i den nye forskriften om helsepersonellovens anvendelse. Dette med tanke på likebehandling. Denne standardiseringen bør blant annet inneholde faste kriterier for hvordan lønnen bør beregnes.
- Det at personer som mottar omsorgslønn unntas fra helsepersonelloven krever at kommunene må pålegges en utvidet plikt til å undersøke at hjelpen mottakere av omsorgslønn gir pasienter/brukere er etisk forsvarlig, at den er etter pasientens/brukerens ønske, og at den dekker pasienten/brukerens nødvendige behov for omsorg og pleie i det daglige.
- I de tilfellene det er påkrevd må mottakeren av omsorgslønn få opplæring. Dette slik at pasientens/brukerens helse og omsorg blir tilstrekkelig ivaretatt. Denne opplæringen må foretas og dekkes av den ansvarlige kommunen.
- Kommunens utvidede undersøkelsesplikt bør tydeliggjøres i den nye forskriften om helsepersonellovens anvendelse.

Dokumentasjonsplikt for personell som yter tjenester som ikke er å anse som helsehjelp

Av § 2-1 første punktum i den nye kommunale loven om helse - og omsorgstjenesten følger det at helsepersonelloven skal gjelde tilsvarende for alle som yter helse – og omsorgstjenester i henhold til loven. Dette medfører at helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt også skal gjelde for personell som yter tjenester etter lovforslaget uten å være helsepersonell. Lovens anvendelse vil dermed også gjelde for personell som yter annen hjelp enn det som regnes som helsehjelp etter helsepersonellovens § 3, for eksempel personell som yter “praktisk” bistand og eller støttekontakttjenester. Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 andre punktum vil det være mulig å unndra personell som yter tjenester som ikke er å regne som helsetjenester fra lovens anvendelse. Pensjonistenes organisasjoner støtter departementet vurdering om at regelverket må differensiere mellom hvilket personell som skal ha dokumentasjonsplikt og hvilke opplysninger som skal være journalpliktige. Pensjonistenes organisasjoner er også positiv til departementets vurdering om at loven ikke bør gjøres gjeldende før det utredes og avklares hvilke grupper som bør unntas journalføringsplikten.

- Pensjonistenes organisasjoner støtter departementet i at journalføringsplikten ikke skal gjelde den som kun utøver praktisk bistand overfor en pasient eller en bruker. Praktisk bistand må forstås som en bistand som settes inn i hjemmet med tanke på at pasienten/brukeren skal kunne fungere opp mot sitt optimale i dagliglivet. “Frivillige hjelpere” som er engasjert av kommunen, støttekontakter eller andre som har et forebyggingsformål som for eksempel det å trene pasienten/brukeren i dagliglivets gjøremål, og eller sosialisere pasienten/brukeren i fritiden bør også unntas journalføringsplikten. Pensjonistenes organisasjoner anfører at unntaksplikten kun bør gjelde i den grad formålet med støttekontaktfunksjonen eller praktiske bistanden ikke er en direkte del av et opplærings, - eller behandlingsforløp. I den grad formålet er behandling eller opplæring bør personellet som yter tjenesten være utdannede helse, - og eller sosialfaglig personell. De bør også ha et spesifikt behandlings, - eller opplæringsmål med tjenesteutøvelsen. Denne gruppen av tjenesteytere bør da være ansatt i andre typer stillinger og inneha andre stillingshemler enn det “frivillige hjelpere”, støttekontakter og de som yter “praktisk hjelp” er ansatt i/engasjert i.
- Pensjonistenes organisasjoner mener at journalføringsplikten først og fremst skal ta hensyn til pasienten/brukerens reelle behov og hva som tjener hva som tjener pasienten/brukeren best. Dette medfører at de opplysningene som skal journalføres må være nødvendig og relevante for å kunne oppnå et best mulig behandlings, - og eller opplæringsforløp for pasienten/brukeren. Dokumentasjonsplikten bør derfor begrenses til å gjelde kun personell som deltar i et nødvendig og direkte opplærings, - og eller behandlingsforløp.
- Pensjonistenes organisasjoner mener at “frivillige hjelpere” engasjert av det offentlige, støttekontakter og personer som yter direkte praktisk bistand til pasienter/brukere likevel bør inneha en slags plikt til å dokumentere sitt arbeid, i tillegg til det å levere timelister.

- Mange av landets kommuner har allerede tatt i bruk et standardskjema som støttekontakter bruker for å dokumentere sitt arbeid. Et forslag kan være å standardisere disse skjemaene ytterligere, slik at de også kan tas i bruk av frivillige engasjert av kommunen, og de ulike gruppene av hjelpere som yter praktisk bistand overfor pasienten/brukeren.
- Disse standardskjemaene bør dokumentere hva den enkelte “frivillige hjelper”, støttekontakt og “praktisk hjelper” har utført av gjøremål i lag med/overfor pasienten/brukeren, og konkrete hendelser som ansees som relevante. I tillegg bør de kunne fungere som en dokumentasjon på at tjenesten utøves i forhold til de rammene den ansvarlige kommunen har satt for tjenesten. Skjemaene bør underskrives både av tjenestemottakeren og den som yter tjenesten. Deretter bør den leveres til den ansvarlige for tjenesten i kommunen hvert kvartal eller en gang pr. halvår.
- Pensjonistenes organisasjoner mener at ansatte i støttekontaktfunksjoner, “praktiske hjelpere” og “frivillige hjelpere” i engasjement bør ha opplysningsplikt om forhold som er til, eller kan være til skade for pasienten/brukeren. Disse opplysningene bør gis til de ansvarlige for den tjenesten de utøver så raskt som mulig.
- Denne opplysningsplikten bør presiseres i høringsendringen.

Kapitel 10 Høring – Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Pensjonistenes organisasjoner er positiv til at gjeldende forskrift om individuell plan i fra 01. januar 2005 videreføres med de endringene som følges av nye bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1, 7-2 og 7-3, spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5 og 2-5a og 2-5b, psykisk helsevernloven § 4-1 og helsepersonelloven § 38a. Vi har imidlertid noen generelle bemerkninger og kommentarer til de ulike kapitlene i departementets endringsforslag.

Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen

Endringene i forskriften medfører at i de tilfellene hvor pasienten/brukeren trenger langvarige og koordinerte tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven er den ansvarlige kommunen som får ansvaret for å sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. I gjeldende forskrift er det den instansen pasienten/brukeren henvender seg til som har ansvaret. Endringene medfører at kommunen også vil få ansvaret i de tilfellene hvor pasienten/brukerens behov oppstår mens personen er i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil etter lovendringen få ansvaret for å formidle pasientens/brukerens behov for langvarige og koordinerte tjenester til riktig instans i kommunen.

- Pensjonistenes organisasjoner mener at kommunens koordinerende enhet bør inngå i et forpliktende samarbeidsavtaler, på systemnivå, med viktige interne og eksterne samarbeidspartnere som NAV, helseforetak, og statlige pedagogiske støttesystem for å avklare fagbegrep, og tydeliggjøre forpliktelser og roller mellom ulike tjenester. I tillegg vil det være viktig å tydeliggjøre de ulike ansvarsområdene og samordne de ulike dokumentasjonsrutiner.
- Brukerperspektivet bør styrkes i de nye forskriftene. Kommunene bør utarbeides egne, retningslinjer for hvordan brukerens rolle, deltagelse og ansvar i egen planprosess skal ivaretas og følges opp. Disse retningslinjene bør legge en avgjørende vekt på å bygge opp en trygg og tillitsfull relasjon mellom bruker og de ulike deltagerne i planprosessen. Dette for å sikre at innholdet i planen blir etter brukerens ønsker og behov. Et styrket brukerperspektiv vil i tillegg kunne føre til en smidig planprosess av god kvalitet. Det bør i tillegg etableres et kommunalt brukerråd, på systemnivå, bestående av ulike brukerrepresentanter og pårørende med egen erfaring fra individuell plan/personlig koordinator. Brukerrådet skal være en fast del av kommunens plan- og utviklingsarbeid vedrørende ordningen med individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen. Dette vil være med på å styrke pasienten/brukerens rettigheter gjennom hele planprosessen. Det vil også sikre at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

10.4 Koordinerende enhet - forskrift om habilitering og rehabilitering

Endringene i forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen medfører at de enkelte kommunene og spesialisthelsetjenestene får en lovpålagt plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings-, - og rehabiliteringsvirksomhet. Disse koordinerende enhetene vil også få det overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Dette innebærer endringer i forhold til gjeldende rett, men forskriftsendringene innebærer ikke nye plikter for kommunene eller spesialisthelsetjenesten i forhold til det som framgår av de vedtatte lovendringene. Pensjonistenes organisasjoner vil likevel komme med noen generelle bemerkninger til forskriften.

Når det gjelder forslag til forskrifter som omhandler habilitering og rehabilitering, kap. 12.4, burde kommunenes oppgaver og plikter vært langt mer konkretisert, tilsvarende forskriften i § 15 for spesialtjenesten.

I henhold til forslaget har ikke kommunene fått noe påbud om å sørge for et godt habiliterings-/rehabiliteringstilbud til egne pasienter. Pensjonistenes organisasjoner frykter av den grunn at dagens situasjon fortsetter som før og at slagpasienter og andre som trenger rehabilitering i beste fall får en seng å sove i.

- Pensjonistenes organisasjoner krever at kommunene får et påbud etter mønster fra § 15 for spesialtjenesten som å;
 - Sørge for at pasienten får oppøving av funksjon og individuelle ferdigheter
 - Sørge for at pasienten får den intensive trening som inngår i individuell habiliterings- og rehabiliteringsplan
 - Sørge for tilrettelagt opplæring for pasienter som har behov for dette og hvor dette kan bidra til kt mestring, f.eks logoped, ergoterapeut m.v.
- I de tilfellene hvor pasienten/brukeren trenger langvarige og koordinerte tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven er de “koordinerte enhetene ” i de ulike kommunene som har ansvaret for prosessen med planarbeidet. Disse koordinerte enhetene bør, for at de skal være lett tilgjengelig for pasienter og brukere og samarbeidspartnere, fungere som selvstendige enheter som har en tydelig forankring i administrativ og politisk ledelse. De koordinerte enhetene i kommunene bør også være sikret en styringsmyndighet på tvers av de kommunale sektorer og virksomheter, i forhold til oppgaver som krever dette. Enhetens myndighet må være gitt som et mandat fra rådmannen eller den politiske ledelse.
- Små kommuner uten nødvendig kompetanse innad i kommunen, eller tilgang de rette tjenestene som vil sikre at pasienten/brukeren får den nødvendige hjelpen han/hun trenger, bør forpliktes til å inngå et interkommunalt samarbeid med naturlige samarbeidskommuner om koordinatorfunksjonen.

- Pensjonistenes organisasjoner anbefaler at kommunenes organisasjoner, brukerorganisasjonene fag, - og forskningsmiljø samarbeider om å utarbeide en handlingsplan for å kvalifisere kommunene, de relevante institusjonene og samarbeidende aktører til å utnytte og anvende individuelle planer mer systematisk og målrettet.

Med vennlig hilsen
Pensjonistforbundet

Harald Olimb Norman
generalsekretær

Tor-Kristian Rønneberg/s/
Leder sentrale helseutvalget