



## HØYRINGSUTTALE TIL NYE OG ENDRA FORSKRIFTER SOM FØLGE AV NY HELSE- OG OMSORGSLOV

### SAMHANDLINGSREFORMA - HØYRINGSUTTALE TIL FORSKRIFTSENDRINGARAR SOM FØLGE AV PROP. 91 L (2010 - 2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTENESTER.

SAKSGANG		
Utvalssaksnr.	Utval	Møtedato
075/11	Formannskapet	15.09.2011
054/11	Kommunestyret	29.09.2011

#### Samandrag:

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag til endringar i eksisterande forskrifter og forslag til nye forskrifter som følgje av at Stortinget 17. juni 2011 vedtok ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester, samt endringar i ei rekke andre lover, jf. vedlagt høringsnotat.

Frist for høyringsuttale er torsdag 6. oktober 2011.

#### Saksdokument:

Les elektronisk på HOD:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/horingsbrev---samhandlingsreformen---for/horingsbrev.html?id=651217#>

#### Vedlegg:

Dok.dato	Tittel	Dok.ID
09.09.2011	Notat om forslaget til nye forskrifter som følgje av dei nye hels.doc	46217

#### Saksopplysningar:

I høringsnotatet foreslår departementet følgjande forslag til nye forskrifter og endringar i eksisterande forskrifter:

- Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

- Ny forskrift om kommunal medfinansiering
- Ny forskrift om kva som skal anses for institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven
- Ny forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i riket
- Endringer i Norsk Pasientregisterforskriften
- Endringer i forskrifter knyttet til fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden
- Endringer i forskrift om individuell plan, herunder bestemmelser om koordinator, og forskrift om habilitering og rehabilitering
- Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter

For detaljert omtale av dei ulike forskriftene, visast det til høringsnotatet.

Dei nye lovene som Stortinget vedtok før ferien blir no følgt opp av ein del nye forskrifter og forskriftsendringar. Høringsfristen er 6. oktober. Dei viktigaste forskriftene er Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasientar, Forskrift om kommunal medfinansiering og Norsk pasientregisterforskrift. Den siste forskrifta er viktig fordi det er data derifrå som skal ligge til grunn for dei rekningane helseføretaka kan sende til kommunane.

Gjennom prosjektgruppa for samhandlingsreforma har vi fått tilgang til eit kortfatta notat utarbeidd av kommuneoverlege for kommunane Hareid og Ulstein, Ottar Grimstad. Notatet er lettfatteleg og summerer opp dei mest vesentlege innvendingane til forskriftsverket slik det no ligg føre. Notatet ligg vedlagt.

Ørskog formannskap har uttalt seg til samhandlingsreforma i F-sak 003/11 den 27.01.2011. Grunnlaget for høyringsuttalen den gong vart utarbeidd av ei arbeidsgruppe nedsett av ÅRU. I høyringsuttalen uttalte ÅRU-kommunane seg positivt til samhandlingsreforma på intensjonsnivået og ein sa seg samd i utfordringsbiletet som vart teikna opp. Skepsisen som kom fram var naturleg nok knytt til finansiering av reforma. Det vart lagt til grunn at reforma vart følgt opp med naudsynte løyvingar til omstillingsarbeid og nye oppgåver. Det vart òg uttrykt bekymring til gjennomføringsfasen, ein var redd for at oppgaveoverføringa frå spesialisthelsetenesta ikkje vart synkronisert med kommunal planlegging og finansiering.

Ørskog kommune er varsla om at vi får kr 2.310.000 fom 2012 til å møte dei nye utfordringane i samband med samhandlingsreforma. Beløpet skal dekke 20% av kostnader knytt til konsultasjonar og medisinsk opphald for alle somatiske pasientar frå Ørskog. Kirurgi og fødselar er ikkje inkludert. Kommunens betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar skal i 2012 gjelde frå første dag, medan det no gjeld frå 10.dag etter at kommunen er varsla om utskriving. Betalingsatsen er sett til kr. 4000,- per døgnopphald.

KS har med utgangspunkt i offentleg statistikk publisert av HOD, berekna kva utslag finansieringsmodellen gir for dei ulike kommunane. Talgrunnlaget er det same som dannar

grunnlaget for den innsatsstyrte finansieringsdelen for helseføretaka (ISF). Det er tilgjengelege tal frå 2009 og 2010 som er grunnlaget for berekningane.

I følge desse berekningane vil Ørskog kommune komme positivt ut av reknestykket, men det må presiserast at vi i løpet av 2010 ikkje hatt utskrivingsklare pasientar på sjukehuset over 10 dagar. Tala kan difor raskt verte endra etter innføring av Samhandlingsreforma. Det er sagt i høyringsnotatet at kommunar som kjem dårleg ut, skal bli kompensert gjennom ei overgangsordning. Kompensasjonen vert gitt innafor veksten i frie inntekter og vil bli nærare omtala i statsbudsjettet.

### **Vurdering:**

Det er ingen grunn til å endre syn på utfordringsbiletet og dei mange gode intensjonane i samhandlingsreforma. Ei vridning mot sterkare fokus på førebygging og folkehelse og tilrettelegging for sunn og aktiv livsførsel var og er naudsynt. Dette er ikkje minst viktig for å snu den negative utviklinga i livsstilssjukdomane vi har sett seinaste åra og for å kunne rydde plass til auke i geriatrien etterkvart som eldrebølga vil kome.

Alle store reformer har omstillingskostnader, det er nok å vise til NAV-reforma. Det kan sjå ut som det ved innføring av samhandlingsreforma, vert lagt opp til å ta ut vinst omgåande og at lovnadene om friske midlar til å bu seg på samhandlingsreforma ikkje held seg oppe. Berekningane viser at Ørskog kjem positivt ut, iallfall på kort sikt, men biletet kan fort verte endra. Ørskog kommune er frå før i ein driftsmessig marginal situasjon. Vi er minsteinntektskommune og har mange utfordringar framover. Vi er vertskommune med mange eldre brukarar som vil trenge endra tenester. Det må investerast i ny barnehage, og kommunen vil få auka utgifter til rådhus. Dette vil presse driftsbudsjetta og føre til innstramningar. Det er ikkje sannsynleg at vi kan møte Samhandlingsreforma med dei ressursane vi pr i dag rår over i Pleie- og omsorg.

Eit særleg uheldig utslag av den kommunale medfinansieringa for kommunar i Møre og Romsdal, er at betaling for bruk av privatpraktiserande spesialistar er halde utanfor. Tidlegare politikk i M&R fylkeskommune har ikkje lagt til rette for privat spesialistetablering, snarare tvert imot. Konsekvensen er svært låg andel privatpraktiserande spesialistar. Helseføretaka har nærast monopol på polikliniske tenester og kommunane blir dermed bundne til medfinansiering av desse tenestene. "Spesialistfattige" område bør krevje konsekvensane av dette nærare utgreidd og at medfinansieringa for ambulante tenester vert halde utanfor inntil slik utgreiing ligg føre.

Betaling for utskrivingsklare pasientar vert endra slik at kommunen får betalingsplikt frå same dag som pasienten er vurdert utskrivingsklar av lege i spesialisthelsetenesta. Slik vurdering kan skje t.d. om kvelden og utløyser betalingsplikt for same dag, kr 4000/d. Kommunen sitt ansvar for mottak av pasientar blir presisert å gjelde heile døgnet. Ordninga kan vere fagleg uforsvarleg og synest urimeleg. 24 timars varsel før betalingsplikta vert gjeldande, bør vere eit minimum. Vi har og mange eksempel på utskrivingsklare pasientar som vert meldt, men ikkje kjem til avtalt tid likevel. Av omsyn til beredskap, kan ikkje pasientar som vil trenge nye kompetansekravjande tilbod, spesielle medisinar og behandling, skrivast ut utanom ordinære dagvakter og på helg der dette ikkje er avtalt på førehand. .

**Rådmannen legg saka fram med slik**

## INNSTILLING:

Ørskog kommunestyre har handsama høyringsnotatet om nye forskrifter og forskriftsendringar til lov ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og vedtek følgjande uttale:

Ørskog kommunestyre er einige i utfordringsbiletet som ligg til grunn for samhandlingsreforma og er positiv til dei gode intensjonane. Det synest rett å satse sterkare på førebygging og tiltak som underbygger sunn og aktiv livsførsel og dermed styrker folkehelsa.

Ørskog kommune er minsteinntektskommune og alle ressursar går med til å dekke innbyggerane sine behov for basistjenester. Sjølv om konsekvensberekningar frå KS syner at kommunen så langt kjem positivt ut, er det lite å gå på i høve tidsfrist for utskrivingsklare pasienter.

Ålesundsregionen har svært låg dekning av privatpraktiserande spesialistar. Ørskog kommune har derfor få andre alternativ enn å nytte spesialistane ved helseføretaka. Polikliniske tenester ved helseføretaka utløyser plikt til kommunal medfinansiering medan private avtalespesialistar ikkje utløyser kommunal medfinansiering.

Dette kan føre til at Ørskog kommune, til liks med andre kommunar i vårt område, kjem økonomisk dårleg ut og ein fryktar at dette gir systematiske skeivfordelingar mellom kommunar. Dette må utgreiast nærare og kommunal medfinansiering for ambulante tenester må derfor utsettast til dette er utgreidd.

Ørskog kommunestyre kan ikkje akseptere at betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar vert utløyst same dag, uansett tid på døgnet, som pasientar vert vurdert utskrivingsklare. Erfaring tilseier at dette er for knapp tid til naudsynt kommunikasjon og til å planlegge forsvarleg mottak. For å unngå kommunikasjonssvikt og farlege situasjonar bør det minimum vere ein varslingsfrist på 24 timar.

Ørskog kommunestyre vil òg understreke at det er svært viktig for kommunane å få enkel tilgang til grunnlagsdata for kontroll av økonomisk oppgjør. I samsvar med vanlege rekneskapsprinsipp, må kommunen få høve til å utføre naudsynt kontroll før utbetaling. Slikt grunnlag for økonomisk oppgjør må kunne etterprøvast på person- og diagnosnivå.

### **Behandling i Formannskapet den 15.09.2011**

Innstillinga vart samrøystes vedteken.

#### **FS-075/11 Vedtak:**

Ørskog kommunestyre har handsama høyringsnotatet om nye forskrifter og forskriftsendringar til lov ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og vedtek følgjande uttale:

Ørskog kommunestyre er einige i utfordringsbiletet som ligg til grunn for samhandlingsreforma og er positiv til dei gode intensjonane. Det synest rett å satse sterkare på førebygging og tiltak som underbygger sunn og aktiv livsførsel og dermed styrker folkehelsa.

Ørskog kommune er minsteinntektskommune og alle ressursar går med til å dekke innbyggerane sine behov for basistjenester. Sjølv om konsekvensberekningar frå KS syner at kommunen så langt kjem positivt ut, er det lite å gå på i høve tidsfrist for utskrivingsklare pasienter.

Ålesundsregionen har svært låg dekning av privatpraktiserande spesialistar. Ørskog kommune har derfor få andre alternativ enn å nytte spesialistane ved helseføretaka. Polikliniske tenester ved

helseføretaka utløyser plikt til kommunal medfinansiering medan private avtalespesialistar ikkje utløyser kommunal medfinansiering.

Dette kan føre til at Ørskog kommune, til liks med andre kommunar i vårt område, kjem økonomisk dårleg ut og ein fryktar at dette gir systematiske skeivfordelingar mellom kommunar. Dette må utgreiast nærare og kommunal medfinansiering for ambulante tenester må derfor utsettast til dette er utgreidd.

Ørskog kommunestyre kan ikkje akseptere at betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar vert utløyst same dag, uansett tid på døgnet, som pasientar vert vurdert utskrivingsklare. Erfaring tilseier at dette er for knapp tid til naudsynt kommunikasjon og til å planlegge forsvarleg mottak. For å unngå kommunikasjonssvikt og farlege situasjonar bør det minimum vere ein varslingsfrist på 24timar.

Ørskog kommunestyre vil òg understreke at det er svært viktig for kommunane å få enkel tilgang til grunnlagsdata for kontroll av økonomisk oppgjør. I samsvar med vanlege rekneskapsprinsipp, må kommunen få høve til å utføre naudsynt kontroll før utbetaling.

Slikt grunnlag for økonomisk oppgjør må kunne etterprøvast på person- og diagnosnivå.

Rådmannen i Ørskog  
Anders P.Grotle

Einingsleiar  
Kari Sjøholt

**Utskrift til:**

## **Notat om forslaget til nye forskrifter som følge av dei nye helselovene.**

Departementet legg no fram ei rekke forslag til forskriftsendringar på bakgrunn av dei nye helselovene og samhandlingsreformen. Dette notatet er ei kortfatta oversikt over framlegga med mi vurdering av dei viktigste punkta. Heile forslaga ligg på internett på helsedepartementet sine sider.

### **Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasientar**

Sjukehuset må innan 24 timar etter innlegging ta stilling til om her er forventa at det blir behov for kommunale tenester etter utskrivning. I så fall skal kommunen varslast om kor lenge ein trur innlegginga vil vare og om sjukehuset vurderer at pasienten kan skrivast ut til heimen eller til kommunal institusjon. Sjukehuset skal varsle kommunen innan 24 timar etter innlegging. Dersom dette varselet ikkje er gitt, fell retten til å krevje betaling for utskrivingsklare pasientar bort.

Når kommunen får slikt varsel, skal ein sette i verk nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten frå varsla dato.

Ein pasient er utskrivingsklar når sjukehuslege har vurdert at det ikkje trengs ytterlegare behandling i spesialisthelsetenesta. Då skal sjukehuset umiddelbart varsle kommunen som straks skal svare om ein kan ta imot pasienten. Betalingsplikta inntre frå denne dagen dersom kommunen ikkje umiddelbart tar imot pasienten. Det gjeld også om kommunen får beskjed om at pasienten er utskrivingsklar etter ordinær arbeidstid. Dette siste er grunnlagt med at kommunen er forplikta til å ha eit døgnkontinuerleg tilbod.

### *Vurdering*

Det er bra at sjukehuset raskt må gi beskjed til kommunen om pasientar som kan kome til å trenge kommunale tenester, slik at kommunen kan forberede seg. Etter 24 timar vil sjukehuset likevel ikkje ha full oversikt over situasjonen for mange pasientar. Det kan vere at sjukehusopphaldet tar kortare eller lengre tid. Det kan trenge lenger tid å avklare kva tilbod kommunene må kunne stille opp med, kompetanse, medikament, institusjon eller heime. Sjukehuset må halde kommunen orientert om endringar underveis. Sjølv om slik informasjon blir gitt, så kan kommunene ikkje akseptere at ein må ta stilling til eit vedtak om ferdigbehandling umiddelbart, uansett kva tid det er på døgnet. Kommunen må få nødvendig tid til å vurdere om ein kan gi eit forsvarleg tilbod; om ein har tilgjengeleg dei medikament, det utstyr og den kompetansen og eventuell institusjonsplass, som vidare behandling av pasienten krev. Dette er vurderingar som ein normalt må ha høve til å kunne gjere på ordinær dagtid. Elles vil dette kunne gå ut over pasienttryggleik og forsvarleg tilrettelegging av nødvendig behandling i kommunen.

Kommunen må få 24 timars frist frå melding om utskrivingsklar pasient er gitt, før dagprisen tar til å løpe.

### **Forskrift om kommunal medfinansiering**

Både Hareid og Ulstein kommunar har i tidlegare høyringar uttalt seg mot dette prinsippet.

Kommunal rapport har gjort berekningar av dei økonomiske konsekvensane:

Alle kommunar på Søre Sunnmøre taper på dette. Hareid kommune vil tape 566 000, Ulstein kommune vil tape 1 461 000, Herøy kommune vil tape 1 274 000, Sande kommune vil tape 564 000 kroner. Dette er kommunar som ligg i ein viss avstand til sjukehus, og som er van med at den lokale legetenesta yter omfattande tilbod til befolkninga utan unødvendig sjukehusbruk. Desse tala er såleis egna til undring.

Forskrifta legg opp til kommunal medfinansiering av behandling hos sjukehuspoliklinikkar men ikkje hos privatpraktiserande avtalespesialistar. Der er svært store skilnader på tettheita av avtalespesialistar i Midt-Norge. Møre og Romsdal har berre ein brøkdeler av dekning samanlikna med Trøndelagsfylka. Dette skriv seg tilbake til bevisst politikk frå fylkeskommunen si tid, og det regionale helseforetaket har ikkje hatt vilje til å rette opp denne skeivheita. Innafor Møre og Romsdal er det ytterlegare skeivfordeling ved at ingen av avtalespesialistheimlane er lokalisert her på Søre Sunnmøre. I finansieringssystemet inneber dette at vi må vere medbetalarar for nesten all ambulant spesialistbehandling for våre pasientar, mens kommunar med større dekning av private avtalespesialistar slepp unna ein stor del av dette. Sjølv om kostnaden ved det einskilde besøk er mindre for ambulant behandling, så har ambulant behandling nesten 4/5 av tenestevolumet. Kan dette vere bakgrunnen for at alle våre kommunar kjem dårleg ut av reforma? Vi må krevje at dette spørsmålet blir nærare analysert av departementet før ein lar ambulant behandling gå inn i den kommunale medfinansieringa.

I høyringsnotatet er det lova at kommunar som har høgare kostnader ved innføringstidspunktet enn det vi får i fordelingsnøkklane, skal i ei overgangsperiode få kompensasjon innafor veksten i dei frie inntektene. Kor mykje dette vil dreie seg om, vil vi få beskjed om i statsbudsjettet. Dei endelege økonomiske konsekvensane får vi først vite om i løpet av 2012 når utgiftene kjem sigande inn utan at kommunane er i posisjon til å påverke dei. Her synes uansett ikkje ligge utsikter til ein økonomi som vil gjere det mogleg å styrke tenestetilbodet vårt i samhandlingsreformen si ånd. Særleg i Hareid, men også i Ulstein synes det fortsatt å vere nedskjeringar i tenestetilbodet vi må bu oss på, ut frå kommunen sin økonomiske situasjon.

Det er ille at samhandlingsreformen, og særleg forslaget om kommunal medfinansiering, skal kunne bidra til dårlegare økonomisk grunnlag for å drive helse- og omsorgstenester i våre kommunar, i ein situasjon der staten bidrar til sterk auke av forventningane. Dette er vanskeleg å akseptere.

### **Forslag til endringar i Norsk pasientregisterforskrift**

Det er lagt opp til at både betaling for utskrivingsklare pasientar og kommunal medfinansiering skal skje på bakgrunn av data i Norsk pasientregister, og at helsedirektoratet skal utarbeide avrekningane. Det blir her foreslått å gi nødvendig juridisk heimel for dette. Av personvernomsyn kan det ikkje utleverast direkte personidentifiserande kjenneteikn.

#### *Vurdering*

Dette vil skape ein uhaldbar situasjon for kommunane når det gjeld å kontrollere at rekningane er rette.

Når det gjeld betaling for utskrivingsklare pasientar, skal det vere eit krav at sjukehuset har vurdert og gitt beskjed til kommunen innan 24 timar om pasienten vil trenge kommunalt tilbod etter utskriving. Kommunane må kunne vere i stand til å kontrollere om desse vilkåra er oppfylt for dei

pasientane dei får rekning for. Dersom ei kommune klager på vedtak om utskrivingsklar pasient til fylkesmannen, og får medhald, må kommunen kunne kontrollere at dette er tatt omsyn til i helsedirektoratet si avrekning.

Når det gjeld utskrivingsklare pasientar, er det ikkje store personvernproblem med å gi kommunane personidentifiserbar informasjon. Desse pasientane skal ein likevel ha melding om, og treng helseinformasjon om, for å gi dei rett tilbod.

Når det gjeld dei store beløpa i millionklassen som kommunal medfinansiering inneber, så må også kommunane ha høve til stikkprøvekontrollar av om rekningane er rette og rimelege. Kommunene skal betal sin andel av utgiftene på bakgrunn av sjukehusa sin diagnosekoding gjennom DRG-systemet. Vi har sett korleis fleire sjukehus er blitt tatt i å feilkode pasientar for å få høgare refusjon. Den kommunale helsetenesta er den som er i best stand til å kontrollere om dei oppgitte DRG-kodene er relevante for det pasienten har vore behandla for. Kommunane kan ikkje gi blankofullmakt til sjukehusa om å skrive ut rekning til oss basert på data som vi ikkje kan etterprøve. For kommunane vil dette krevje tilgang til pasientidentifiserbare opplysingar.

For pasientar som ikkje treng kommunale tenester, er det svært uheldig av personvernomsyn å gi kommunane tilgang til personidentifiserbar informasjon. Dette er eit moment ved heile den kommunale medfinansieringa som ikkje er blitt vurdert i dei utgreiingane som har ført fram til lovvedtaket. Det er berre enda eit moment som talar for at heile den kommunale medfinansieringa ikkje bør settast i verk.

### **Forskrift om kommunal dekning av utgifter til helse- og omsorgstenester**

Forskrifta har som hovudregel at kommunane skal dekke ansvaret for di helse- og omsorgstenestene dei er pålagt å yte, og det gjeld tenester til alle som oppheld seg i kommunane. Der er likevel ei vidareføring av gjeldande reglar om utgifter til sosiale tenester for pasientar innlagt i institusjon frå anna kommune, og pasientar som vel å busette seg i institusjonskommunen ved utskrivning. Eg ser ikkje behov for å kommentere denne forskrifta nærare.

### **Disponering av kontantytelser**

Departementet ønskjer primært å oppheve dei forskriftene som i dag gjeld for institusjonen sin disponering av kontantytelse frå folketrygda for pasientar som ikkje er i stand til å disponere dette sjølv. Dei ønskjer at vergemållova sine generelle reglar skal gjelde, at ytingane blir disponert av nære pårørande eller hjelpeverge, eventuelt av institusjonen etter særskilt avtale.

Subsidiert foreslår dei ei revidering og harmonisering av gjeldande forskrifter etter kommunehelselova og sosiallova.

Det er i dag heimel for å opprette trivselsordning ved institusjonane der det kan trekkast inn ein viss del av trygdeytingane. Departementet foreslår å oppheve denne heimelen men spør høringsinstansane om dei ser behov for å oppretthalde dette.

### *Vurdering*

Det er ikkje merknad til å oppheve desse forskriftene.



### **Forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstenester utanfor institusjon**

Dette er ei teknisk samordning av reglar etter sosiallovgivinga og gjeldande vederlagsforskrift som er meint å gjere reglane lettare å forstå, men ikkje endre rettsgrunnlaget.

### **Forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysioterapi**

Berre språklege endringar. Gir kommunen rett til å krevje inn mellomlegg etter gjeldande tariff for legar og fysioterapeutar tilsett i kommunen.

### **Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon**

Dette er ei kort forskrift som definerer at sjukeheim, aldersheim, bustadar med heildøgns helse- og omsorgstenester for barn under 18 år og bustadar med heildøgns helse- og omsorgstenester for rusavhengige reknast som institusjon etter lova. Aldersheimar og bustadar for rusavhengige er ikkje omfatta av pasientskadeordninga.

### **Forhold til helsepersonellova**

Etter den nye helse- og omsorgslova, vil alle som yter tenester etter denne, bli omfatta av helsepersonellova. Dette vil også omfatte personar som tidlegare har ytt tenester etter lov om sosial omsorg t.d. Departementet slår fast at omsorgsløn ikkje kjem inn under dette.

Ein foreslår at dokumentasjonsplikta etter helsepersonellova berre skal gjelde helsehjelp foreløpig, og vil utgreie nærare reglar om dokumentasjonsplikt for tenester som ikkje reknast som helsehjelp. Ein ber om innspel i samband med dette.

Reglane om forbod mot å ta mot gåver og liknande blir gjort gjeldande for alle som yter tenester etter den nye lova.

### *Vurdering*

Det er bra med samordning av reglane om gåver. Dokumentasjonsplikta må ikkje gjerast meir omfattande enn det den einskilde kommune ser eit tenestleg behov for å innføre.

### **Rett til helse- og omsorgstenester til personar utan fast opphald i riket**

Regelverket blir flytta frå prioriteringsforskrifta til ei eiga forskrift. Regelverket er vesentleg uendra bortsett frå at barn sin rett til helsehjelp og omsorg utan omsyn til om dei har lovleg opphald, er styrka ut frå barnekonvensjonen.

### **Forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivinga**

Alle pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett på individuell plan. Alle har rett på ein koordinator sjølv om dei ikkje skulle ønske individuell plan. Helsepersonell skal melde behov for koordinator og/eller individuell plan til koordinerande eining. Forskrift om pasientansvarleg lege ved sjukehusa blir oppheva og erstatta med ein rett for pasientar med behov for langvarige og koordinerte spesialisthelsetenester, til å få oppnemnt koordinator.

### **Koordinerande eining, habilitering og rehabilitering**

Forskrift om habilitering og rehabilitering frå 2001, som også inneheld reglar for koordinerande eining, får noko språkleg justering og presisering i samsvar med lovendingane. Der blir ei presisering av dei koordinerande einingane sitt overordna ansvar for individuell plan og opplæring av koordinatorar, men det er ikkje vesentleg endring i forhold til slik det no er.

### *Vurdering*

Det er bra at dette regelverket blir tydeleggjort. Koordinerende eining er etablert i både Hareid og Ulstein

### **Forskrift om oppjustering av driftsavtaleheimlar for fysioterapeutar**

Ny forskrift for å gjere det mogleg å oppjustere deltidshemlar utan ekstern utlysing. Ikkje aktuelt for Ulstein og Hareid.

### **Kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og internkontroll**

Det blir lovfesta plikt til slikt arbeid i den nye lova. Departementet vil arbeide vidare med ei stortingsmelding om dette og legge den fram våren 2012. Det kjem forskrifter men først seinare.

Hareid 10/8 2011

Ottar Grimstad

kommuneoverlege