



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
2011/923 II ELT

DATO: / DATE:
. oktober 2011

HØRING - SAMHANDLINGSREFORMEN - FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV PROP 91 L 2010-2011 - LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER - HOD

Innledning

Vi viser til ovennevnte høringsnotat utsendt 4. juli 2011. Vi har merket oss at det fortsatt står igjen en del arbeid med forskrifter som skal sendes ut på høring på et senere tidspunkt.

I dette høringssvaret kommenterer vi de deler av høringsnotatet som er mest relevant for oss som tilsynsorgan og som overordnet myndighet for behandling av rettighetsklager. Vi kommenterer forslagene i samme rekkefølge som høringsnotatets inndeling.

Kommentarer til kapittel 3 og 4: Ny forskrift om kommunal egenbetaling for utskrivningsklare pasienter og forskrift om kommunal medfinansiering

Vi har sett disse forskriftene i en sammenheng og gjort en vurdering av:

- om forslagene kan medføre økt risiko for svikt i tjenestetilbudet,
- om et nytt finansieringssystem som beskrevet i forskriftsutkastet, vil bidra til å sikre en økning av fagårsverk som lege- og sykepleiepersonell i kommunen og
- hvilke andre virkemidler som kan være nødvendige for å sikre at de økonomiske insentivene balanseres opp mot den enkeltes rett til nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Kapittel 3. Forskrift om utvidete betalingskrav til kommunen for utskrivningsklare pasienter

Forskriftutkastet innebærer en utvidelse av kommunens plikt til å betale for utskrivningsklare pasienter fra og med første dag med kr. 4000 pr. døgn. Det forutsettes i høringsbrevet at pasienter med behov for helse- og omsorgstjenester

fra kommunen ikke skrives ut før kommunen kan sikre et faglig forsvarlig tilbud. Det er kommunen som selv bestemmer tidspunktet for når den utskrivningsklare pasienten skal mottas i kommunen.

Vi er enig i at kommunens utvidete økonomiske forpliktelser for disse pasientene i forhold til dagens forskrift kan styrke kommunens interesse for å overføre utskrivningsklare pasienten fra sykehus til kommune og selv bygge opp et forsvarlig tjenestetilbud for disse pasientene. Den raske iverksettelsen av ordningen kan imidlertid medføre at kommuner som har utskrivningsklare pasienter på sykehus fra tidspunktet forskriften iverksettes, tappes for ytterligere ressurser. Med det reduseres muligheten til å styrke det kommunale tjenestetilbudet med økt medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse.

Det økte betalingskravet kan også medføre et større press på budsjettansvarlig i kommunen til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Det kan innebære risiko for at kommuner beslutter utskrivning før det kan tilbys et forsvarlig tjenestetilbud. For å sikre et forsvarlig tjenestetilbud etter utskrivning må det være en forutsetning at de som har ansvar for avgjøre at pasienten skal utskrives til eget hjem eller kommunal institusjon, har nødvendig faglig innsikt både i pasientenes behov og innhold i og omfang av tjenester som kommunen kan yte. Med en profesjonsnøytral lov vil det være usikkert om denne kompetansen foreligger. For å bidra til å sikre pasienter og brukere et faglig forsvarlig kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning, anmoder vi departementet å fastsette i forskriftsform særlige faglige og administrative krav til dem som skal ta disse beslutningene i kommunen, slik det åpnes for i helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 andre ledd.

Kapittel 4. Forskrift om kommunal medfinansiering

Forskriftutkastet foreslår at 20 % av de innsatsbaserte midlene fra spesialisthelsetjenesten overføres til kommunens frie inntekter fra 1. januar 2012 og betales tilbake ut fra antall pasienter som har fått behandling i deler av spesialisthelsetjenesten.

Vi forstår departementet slik at dette er ment som et økonomisk insentiv for kommunene til å unngå unødvendige sykehusinnleggelser ved å bygge opp og yte tjenestene selv. Det er en god målsetting både fordi sykehusinnleggelser for mange kan være en belastning, og fordi det kan bidra til en mer effektiv spesialisthelsetjeneste. For at denne målsettingen skal nås, forutsettes at kommunene selv, eventuelt gjennom avtaler med andre kommuner, kan yte faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester til pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten. Ordningen vil kreve at kommuner rustes opp med faglig kompetanse og at midlene overføres til dette formålet. Vi er bekymret for at det fortsatt kan ta lang tid før det oppnås tilstrekkelig faglig kapasitet i kommunene til å ivareta enkelte av de pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor fare for at uforutsigbarheten i finansieringen som denne ordningen legger opp til samt et generelt press på den kommunale økonomien, ikke vil bidra til å øke satsingen på lege- og sykepleierkompetanse.

Overføring av midlene omfatter i hovedsak den indremedisinske behandlingen. Det kan medføre at det parallelt skjer en større usikkerhet i spesialisthelsetjenestens framtidige finansieringsgrunnlag på områder der de i dag har mange eldre og utskrivningsklare pasientene som venter på et forsvarlig helse- og omsorgstilbud fra kommunen. Hvis spesialisthelsetjenesten innretter sin virksomhet ut fra forutsetningen om at kommunen nå selv skal ivareta mer av helsetjenestene, kan dette få betydning for behandlingsskapasitet og tilbud som ytes i spesialisthelsetjenesten. Ulikhet i kommunestørrelse og forutsetninger for å rekruttere rett fagkompetanse kan derved bidra til ulikheter i det nasjonale helsetilbudet.

Vi er særlig bekymret for at uforutsigbarhet i spesialisthelsetjenestens finansieringsgrunnlag og økte forventninger til kommunene kan føre til svikt i tjenestetilbudet til de skrøpeligste eldre. Vi viser her til Statens helsetilsyns rapport (internserien 15/2010) ”Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre”:

”Det er tendens til at de regionale helseforetakene/helseforetakene forventer at flere gamle pasienter i framtiden skal behandles i kommunehelsetjenesten, og at Samhandlingsreformen ytterligere vil forsterke dette. Men de eldste eldre (80+) som blir syke, har ofte sammensatte og kompliserte sykdommer og vil trenge sykehusbehandling. De regionale helseforetakene og helseforetakene må konsultere SSBs prognoser for befolkningsutviklingen i eget opptaksområde og se på hvilke konsekvenser denne vil ha for hvilken kapasitet og kompetanse man vil trenge de neste 10 -15 årene. God overordnet planlegging og gjennomføring av planene, er en forutsetning for at tjenestene til de eldste eldre og samarbeidet med kommunene skal fungere godt.

Se også: Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Rapport 2009/5. Oslo: Diakonhjemmets høgskole, 2009.”

Statens helsetilsyn anmoder derfor departementet overveie å avvente endringen i finansieringssystemet til

- spesialisthelsetjenesten har vurdert nærmere framtidige behandlingsbehov hos den økende antall av eldre, og
- kommuner kan dokumentere at den medisinske og sykepleiefaglige kompetanse er tilstrekkelig til at de kan tilby et forsvarlig tjenestetilbud til personer som i dag må henvises til spesialisthelsetjenesten.

Kommentarer til kapittel 6: Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontaktytelser

Punkt 6.2 disponering av kontaktytelser fra folketrygden

Statens helsetilsyn har merket seg at departementet legger fram forslag til to alternative løsninger i høringsutkastet. Fra tilsynssaker erfarer vi at pasienter som ikke selv, på grunn av fysiske eller mentale svekkelser, kan ivareta disponeringen av egne midler, er i en svak posisjon både overfor pårørende og overfor helsepersonell som skal ivareta dette behovet. Vi har erfaring fra tilsynssaker mot helsepersonell som har underslått økonomiske midler fra pasienter. Helsepersonellovens sanksjonsmuligheter overfor helsepersonell gir

likevel pasienten et større rettsvern enn hvis hovedregelen blir at pårørende skal bli ansvarlig. Dette kan tale for at dagens bestemmelser opprettholdes. Vi støtter derfor forslaget om at bestemmelsene tas inn i en felles forskrift for kommune- og spesialisthelsetjenesten og oppdateres i henhold til endringer i annet lovverk.

Punkt 6.4. Vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

Vi ser i høringsnotatet at unntak fra egenbetalingsplikten for legebehandling etter pasientrettighetsloven kap. 4A ikke er foreslått inn i forskriften om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste. Departementet henviser til forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3 nr. 4 som dekker dette forholdet. Dette er en forskrift som har legen som målgruppe. Det er viktig at pasienten på en enkel måte kan få kunnskap sine rettigheter og forpliktelser. Vi anmoder departementet om at bestemmelsen gjøres tilstrekkelig kjent for pasient, pårørende og det kommunale tjenesteapparatet ved at den tas inn i ovennevnte vederlagsforskrift som ut fra betegnelsen er mest relevant sett fra deres ståsted.

Punkt 6.5. Helse- og omsorgslovens konsekvenser for retten til tannhelsetjenester for mottakere av hjemmesykepleie

Fra tidspunktet den nye helse- og omsorgsloven iverksettes og til revisjon av ny lov tannhelsetjenester foreligger, vil det være en ulikhet i tjenestebegrepet i disse lovene. Ulikheten skaper uklarhet når det gjelder rett til tannhelsetjenester for pasienter som på tidspunktet forut for helse- og omsorgslovens iverksettelse mottar "hjemmesykepleie". Dette er et begrep som ikke videreføres i den nye loven og erstattes med "helsetjenester i hjemmet". I høringsutkastet skriver departementet at endringer i loven ikke vil få økonomiske eller rettslige konsekvenser for rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester, og at departementet på egnet måte skal orientere om hvordan bestemmelsene skal forstås. Statens helsetilsyn finner det uheldig at det ikke skjer en samordning av disse lovverkene slik at loven gir pasienten tilstrekkelig informasjon til å ivareta egne rettigheter. Vi anmoder Helse- og omsorgsdepartementet om å sikre at informasjon om videreføring av rettighetene både går til tjenestene og til pasientombudene og organisasjoner som skal ivareta disse pasientenes rettigheter. Vi ber også om at nødvendige endringer i tannhelsetjenesteloven skjer snarest mulig.

Kommentarer til kapittel 7: Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Statens helsetilsyn vurderer det som positivt at forskriften klargjør hva som regnes som institusjon etter den nye helse- og omsorgsloven.

Vi tilslutter oss også forslaget om at barneboliger, inkludert avlastningsboliger for barn, faller inn under helseinstitusjonsbegrepet og derved også dekkes fullt ut av helsepersonelloven og pasientskadeloven.

Vi er ikke enig i at aldershjem og boliger med helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige skal falle utenfor helseinstitusjonsbegrepet.

Videre inneholder høringsutkastet forslag om at det skal være ulikhet for pasienter/brukere i institusjoner når det gjelder retten til pasientskadeerstatning og deler av helsepersonelloven, bl.a. journalføringsplikten og styringskravene til helseinstitusjoner som følger av helsepersonelloven § 16. Utfra departementets intensjon om å harmonisere regelverket stiller vi oss spørrende til de grensedragninger departementet her foretar mellom kommunale institusjoner. Vi mener dette kompliserer regelverket unødig uten at det er lett å forstå fordelene med en slik oppdeling.

Utdypning til punkt 7.2 til 7.5. Boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige

I det følgende kommenterer vi først til unntakene for bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

Rusmiddelavhengighet er en tilstand som krever et samordnet tjenestetilbud uansett om institusjonen er forankret i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Institusjonene må ha i begge tilfelle ha helsetiltak og sosiale tiltak tilpasset individuelle behov. Statens helsetilsyn ser derfor ikke noen saklige grunner til at rusmiddelavhengige skal ha ulike rettigheter og vern etter helsepersonelloven og pasientskadeerstatningsloven avhengig av om institusjonen er forankret i kommunens eller spesialisthelsetjenestens "sørge for"-ansvar. Utfra forskriftens betegnelse på denne institusjonstypen må en kunne utlede at disse institusjonene skal ivareta behovet for helsehjelp til beboerne, og derved vil også søkere og andre i tjenesteapparatet ha en forventning om at dette tilbys utfra de samme rettslige rammer som annen type helsehjelp i kommunen.

Departementet begrunner unntaksregelen med at helsehjelp ikke er et sentralt formål med bistanden. Vi stiller oss spørrende til denne påstanden. Utfra tidligere innhentet kunnskap om rusavhengiges behov for helsetjenester forut for rusreformen kan vi ikke se at det er grunnlag for departementets forutsetning om at disse brukernes behov for tjenester i liten grad omfatter helsetjenester (se strateginotat: "Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere", juli 2004, bl.a. side 18).

For mange rusmiddelavhengige kan opphold i disse institusjonene være nødvendig mens de venter på behandling i spesialisthelsetjenesten. De kan ha omfattende helse- og omsorgsbehov som forutsetter fagkunnskap for å sikre at de mottar forsvarlige somatiske og psykiatriske helsetjenester. Det samme gjelder hvis rusmiddelavhengige mottar poliklinisk behandling fra spesialisthelsetjenesten, eller der de utfra fysiske og psykiske skader fra en lang rushistorie, har behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester slik de fikk i de tidligere fylkeskommunale vernehjemmene, og som tilsier at disse institusjonene kan bli et alternativ til sykehjem.

Aldershjem

Heller ikke forslaget om at unntaket fra pasientskadeloven og helsepersonelloven skal omfatte aldershjem fordi det ytes lite helsehjelp der, virker godt begrunnet. På de få aldershjem som består, blir beboerne stadig eldre, og derfor også få et stadig større behov for helsehjelp. Erfaringer fra tilsynssaker viser at svært pleietrengende eldre blir plassert på aldershjem og at det samme rettsvern bør omfatte disse beboerne.

Kommentarer til kapittel 8.: Helsepersonelloven anvendelse

Statens helsetilsyn har merket seg at forskriften om helsepersonellovens anvendelse er utformet slik at legger opp til unntaksregler på den ene siden og unntak fra unntaket igjen på den annen (jf at gaveforbudet i helsepersonelloven skal gjelde for alle innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten). Vi kan ikke at et slikt forslag til regelutforming fremmer et harmonisert, samordnet og oversiktlig regelverk.

Punkt 8.2. Unntak fra helsepersonellovens bestemmelser for mottakere av omsorgslønn

Vi ser det slik at ordningen med omsorgslønn er ment å støtte opp om pårørendes omsorg for nærstående, og er av en annen karakter enn omsorg som ytes av kommunen. Vi støtter forslaget om at de ikke faller inn under helsepersonellovens bestemmelser. Det bør presiseres at de heller ikke kommer inn under unntaksbestemmelsen om gaveforbudet i helsepersonelloven.

Punkt 8.3. Unntak for dokumentasjonsplikt for personell som yter tjenester som ikke er å anse for helsehjelp

Denne unntaksbestemmelsen blir vanskelig å håndtere, sett opp mot definisjonen av helsehjelp og helsepersonell i helsepersonelloven og de behov som omsorgstjenestene skal ivareta. I noen grad kan for eksempel særlige ernæringsbehov knyttet til helsesvikt tilsi at praktiske oppgaver som matinnkjøp, matlaging og bistand under måltidene faller inn under helsehjelpsbegrepet, enten fordi de utføres av ansatte som faller inn under autorisasjonsreglene eller fordi bistanden har et helsetjenesteperspektiv også når de ytes av ufaglærte. Unntaksreglene vil derfor være svært vanskelig å praktisere, og kan bety at viktige informasjon av betydning for helsehjelpen ikke tas med i dokumentasjonen fordi man som utgangspunkt vurderer dette som praktisk bistand og ikke helsehjelp. Et annet eksempel er omsorgstjenester til personer med psykisk utviklingshemming. Disse kan sette store krav til kvalitet i planlegging og gjennomføring. Det samme kan gjelde for rusinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og barneboliger som dekkes av journalføringsplikten der bistanden kan både ha et sosialfaglig og et helsefaglig perspektiv, og der helsepersonellovens dokumentasjonsplikt også kan være utfordrende å anvende.

Vi vil derfor heller foreslå at det gjennom rundskriv og veiledningsmateriale skjer en bevissthet om formålet med dokumentasjonsbestemmelsene og praktiske forslag til hvordan de skal praktiseres framfor de

unntaksbestemmelser som foreslås i forskriften. I dette materialet bør det beskrives av hvilke typer opplysninger som forventes dokumentert, i stedet for å gi generelle unntak i regelverket.

Kommentarer til kapittel 9: Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder uten fast opphold i riket

Statens helsetilsyn er positive til en samordning og klargjøring av disse personers rett til helse- og omsorgstjenester. Etter endringen som skjedde i prioriteringsforskriften § 1 merker vi oss at retten til "helsehjelp som ikke kan vente" opprettholdes for dem som er ulovlig i landet. Vi viser til tidligere høringsutkast, datert 25. februar 2011 til endring av prioriteringsforskriften § 1, der vi kommenterte innholdet i forslaget. Vi fastholder at forslaget slik det er utformet i den nye forskriften åpner for ny uklarheter.

Kommentarer til kapittel 10. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Punkt 10.2

Statens helsetilsyn støtter forslaget til en felles forskrift om individuell plan og at lovendringer om plikten til koordinator tydeliggjøres i samme forskrift. I forskriften §§ 4a og 4b annet ledd, har koordinator et "sørge for"-ansvar for nødvendig oppfølging. "Nødvendig oppfølging" er et skjønnsbegrep som kan tolkes ulikt og kan skape en gråsoner i ansvaret mellom dem som har ansvar og myndighet i tjenestelinjen og ansvaret til koordinator. Vi anmoder derfor departementet å presisere hva som er ligger i koordinators oppfølgingsansvar slik at det skapes et tydelig skille mellom koordinatoransvaret og tjenesteansvaret, det vil si der myndighet og ansvar for forsvarlighet i tjenesteytelsen er plassert.

Slik forskriften er utformet er det ikke satt noen krav til hvem som skal være koordinator i kommunen, men det forutsettes at fastlegen ut fra sitt ansvarsområde ofte vil være en naturlig koordinator. Vi anmoder departementet å vurdere om forskriften bør tydeliggjøre at der fastlegen ikke er koordinator, må hovedregelen være at det oppnevnes en koordinator ansatt i helse- og omsorgstjenesten.

Punkt 10.4

Statens helsetilsyn støtter forslaget om at forskrift om habilitering og rehabilitering videreføres og at det skjer endringer i forskriften som tydeliggjør de nye lovendringene, bl. a. at det skal finnes en koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og hvilke oppgaver som skal ivaretas av enheten. Når enheten i følge forskriften får et "overordnet ansvar", oppstår det også her en usikkerhet om hva som ligger i enhetens overordnede ansvar opp mot det ansvar som følger av ordinære styringslinjer i kommunen og helseforetak. Her er det også behov for en mer presis avgrensning av de koordinerende enheters ansvar opp mot koordinators når det gjelder tjenester som ikke er tidsavgrenset, jf. meldeplikten i § 5a i forskrift til individuell plan m.m.

Vi har merket oss at habilitering og rehabiliteringsbegrepet også dekker sosial og psykososial oppfølging. Vi vurderer utvidelsen som positiv fordi tjenestene får et utvidet perspektiv som bidrar til et mer helhetlig tilbud til beste for pasienten. Fordi forskriftens § 2 definerer habilitering og rehabilitering som en tidsavgrenset planlagt prosess, kan det oppstå en uklarhet om brukere som har et habiliterings- og rehabiliteringsbehov som går over mange år, eller i perioder, skal omfattes av forskriften. Dette kan være aktuelt for f. eks. rusavhengige og mennesker med psykisk utviklingshemning. Vi anmoder om at forskriften tydeliggjør at også disse brukerne omfattes av kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

Kommentarer til kapittel 11: Nærmere om profesjonsnøytralitet - diverse forskriftsendringer som vil bli foretatt

Statens helsetilsyn har merket seg at spesifikke kompetansekrav i gjeldende forskrifter som hovedregel ikke videreføres. Dette skjer som følge av profesjonsnøytralitet som et gjennomgående prinsipp i den nye helse- og omsorgsloven. Vi viser i den forbindelse til vårt høringsvar til lovutkastet, der vi er bekymret for at forslaget kan skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse for utførelse av den enkelte tjeneste. Vi fastholder nødvendigheten av at tjenestene, gjennom forskrift, gis et så tydelig innhold at det kan avledes hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgaver, og at dette arbeidet prioriteres i tiden fremover.

Med hilsen

Elizabeth Loe Tollefsen
seniorrådgiver