

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Vår dato: 30.09.2011
Vår ref: 2011/11 - 14020/2011 / 000
Dykkar ref: «REF»

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

Med atterhald om politisk godkjenning vil Stord kommune gje innspel til framlagde forslag til forskrifter. Høyringsuttalen avgrensast til følgjande forskrifter:

Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

Ny forskrift om kommunal medfinansiering

Forslag til forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstenesta

Forskrift om bruk av helsepersonellova

Dei andre forslaga til endring av eksisterande forskrifter har Stord kommune ingen kommentarar eller innvendingar mot.

3.1 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

Kommunen får betalingsplikt for pasientar som er definerte som utskrivingsklare frå spesialisthelsetenesta. Ei slik ordning kan innebera auka kvalitet. Dei som vert liggjande på sjukehus utan å ha trong for spesialiserte helsetenester, får ikkje rett behandling på rett stad til rett tid.

Det er viktig at det ikkje tek for lang tid før pasientar innafor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige vert inkluderte. I ein overgangsperiode kan desse tenestene verta forsømde.

- § 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling.

I framlegg til forskrift skal spesialisthelsetenesta innan 24 timar vurdere om pasienten må skrivast ut med helse- og omsorgstenester i heimen eller i ein kommunal institusjon, etter behandling, og varsle kommunen om dette. Dette 24 t kriteriet er uheldig. Det som er viktig for kommunen er å få varsel snarast mogleg med naudsynt informasjon om funksjonsnivå og trong for hjelp, ikkje at denne kjem innan 24 timar etter innlegging.

Spesialisthelsetenesta bør heller ikkje ha ansvar for å vurdere om hjelpa trengst i institusjon eller i heimen, dette er ei kommunal oppgåve.

Spesialisthelsetenesta bør heller konsentrera seg om å vurderer trong for oppfølging, skissera forventa hjelpebehov og utskrivingstidspunkt og tidleg, når hjelpebehovet viser seg, varsle kommunen om dette.

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

"En pasient er utskrivningsklar når en lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinskfaglig vurdering. Når en pasient er definert utskrivningsklar skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommunen"

Definisjonsmakta i høve utskrivningsklar kan ikkje berre vera i spesialisthelsetenesta. Legen i sjukehuset vurderer at personen ikkje lengre treng spesialiserte helsetenester, men vurderinga føreset og kunnskap om vidare tilbod kan verta gitt i kommunen. Sjukehusa kan ha for høge forventningar om kva den kommunale helse- og omsorgstenesta kan handsama. Problemet med unødige reinnleggingar, som tyngjer pasienten det gjeld, krev slik kunnskap. Status for utskrivningsklar må byggja på ein konsens i kvart einskild tilfelle. Det må leggjast til rette for eit system som gjev grunnlag for dialog. Dette må ta høgde for ei samla vurdering av trong, krav til informasjonsoverføring for å kunna førebu tilbod og knytt opp mot kva tilbod som er realistiske, før status for utskrivningsklar vert sett fast. Det vert lagt opp til at ei presisering av omgrepet "utskrivningsklar" skal verta ein del av samarbeidsavtalane. Framlegg til føring i forskrifta er utydleg og handsaminga av forskrifta vil verta svært ulik. Dette er eit uheldig utgangspunkt for forhandling mellom likeverdige partar.

- § 5 Kommunens ansvar

"Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten fra den datoen det er varslet om utskrivning, jf. §3. Kommunen skal etter å ha mottatt melding fra spesialisthelsetjenesten om en utskrivningsklar pasient, jf. § 4 tredje ledd, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Kommunen skal avgi svar straks. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar."

I utkast til forskrift er det ikkje sett krav om tilstrekkeleg informasjon for planlegging av tenester i kommunen. Forskrifta bør innehalda føringar for prosedyrar som sikrar ein god dialog mellom tenestenivåa før utskriving og for å unngå unødige reinnleggingar.

Kommunen har plikt til å svara på melding om utskrivningsklar pasient straks. Dette vil krevja opprusting av mottaksapparatet i kommunane til å vera ope både på kveldstid og i helger. Det ville vera meir rimeleg å krevja svar første yrkedag og at betalingsplikta starta då.

- § 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

"Betalingsplikten inntreffer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar og de øvrige

vilkårene i §§ 3 og 4 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at de ikke kan motta pasienten, jf. § 5 andre ledd..."

Tidspunkt for når betalingsplikta startar må definerast nærare m.a. i høve kveldstid og helger.

Pasientopphald i sjukehus er ofte korte. Det kan vera vanskeleg for kommunen å etablere eit tilbod innan få timar.

- § 7 Krav på redegjørelse

"Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger spesialisthelsetjenesten har foretatt etter §§ 3 og 4.

Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve at vurderingene foretatt av spesialisthelsetjenesten er i tråd med bestemmelsene i forskriften her."

Sett i høve til uklar definisjon av utskrivingsklar og upresise krav til "redegjørelse" vert dialogen mellom tenestenivå vanskeleg. Vurdering av i kva grad forskrifta er følgd vert og vanskeleg.

- § 8 Klage

"Fylkesmannen behandler klage etter §§ 3,4,5,6 og 7."

Fylkesmannen kan vurdera om varslingsfristen er følgd, men den medisinske vurderinga til legen er vanskeleg å etterprøva. Ei tydleg definering av utskrivingsklar pasient ville gjort dette lettare.

Konklusjon

Forskrifta bør gje tydlegare definisjonar og krav til prosedyrar som grunnlag for samarbeidsavtalar og dialog mellom jambyrdige partar.

3.2 Ny forskrift om kommunal medfinansiering

Det er forventet at kommunen skal førebyggja sjukdom og byggja opp gode tilbod som reduserer trong for spesialisthelsetenester. Ein reiskap i dette er innføring av medfinansieringsplikt for kommunen knytt til medisinske innleggingar og poliklinisk verksemd. Kommunen skal betala 20% av kostnaden ved desse tenestene. Unntaka er kirurgi, fødsler, nyfødde barn og pasientbehandling med dyre biologiske legemidler.

Framlegg til forskrift om kommunal medfinansiering fortel kva diagnosar det skal gjelda, kor stor del av kostnadene kommunen skal dekkja, øvre tak og korleis dette skal reknast ut frå ISF og DRG poeng. Det skal kunna gje ei ramme som kommunane kan sjå framover i høve til.

Utvikling av nye tilbod i kommunehelsetenesta kan gjera det mogleg å gje ein del pasientar eit betre tilbod enn innlegging i sjukehus ville gitt. Dette vil

likevel krevja eit betre finansieringsgrunnlag enn det som kjem gjennom kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenester kan ikkje erstattast av kommunale tilbod. Dei såkalla unødvendige innleggingane let seg sjeldan påvisa ved innleggingstidspunktet. Eit forsøk på å avgrensa tal på innleggingar kan like gjerne råka nødvendige som unødvendige innleggingar. Desse må ikkje blandast saman med den pasientgruppa som ikkje kan behandlast heime, men der det på innleggingstidspunktet er avklart at behandling eller observasjon på institusjon kan utførast av allmennlege i kommunen saman med anna helse og omsorgspersonell.

Ein avgrensa modell for kommunal medfinansiering kan indirekte koma til å definera pasientgrupper som skal ha redusert tilgang på sjukehusetjenester. Avgrensinga som er vald tyder på at dette skal gjelda dei eldste og svakaste.

Forskrifta vil, saman med forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare, kunna føra til kortvarige innleggingar og reinnleggingar. Tilhøva kring reinnleggingar må avklarast.

Vidare må det avklarast i kva grad kommunane skal belastast med tilvisingar mellom avdelingar og/ eller oppsette kontrollar ved same avdeling. Sjølv om det er presisert at slike vurderingar skal vera medisinskfagleg grunngjevne er tanken bak framlegget å stimulera til endra ansvars- og oppgåvedeling.

Ordninga ser ikkje ut til å gjelda private avtalespesialistar og opptreningsinstitusjonar. Desse er geografisk svært ulikt fordelte og det vil såleis verta ei større økonomisk bør for kommunar som har lang avstand til slike tilbod.

Konklusjon

Det er mogleg at fleire uventa effektar av ordninga vil kunna koma fram . Ei slik ordning burde gjerne vore prøvd ut i mindre målestokk og deretter evaluert før den evt. vart innført som ei gjeldande ordning.

3.3 Forslag til forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstenesta

Bakgrunnen for forslag til ny forskrift er å klargjera kva som vert rekna som institusjon etter helse- og omsorgstenestelova. Institusjon som gir helsetenester kjem inn under helsepersonellova og medfører m.a. krav til dokumentasjon. Institusjonar som yt helsehjelp er innanfor virkeområdet til Pasientskadeloven. Presisering av kva som vert rekna som institusjon og innhaldet i tenestene er derfor svært viktig.

Framlagte forslag til forskrifter er meint å gjera institusjonsomgrepet tydelegare, men lykkast berre delvis sidan krav til innhald i tenestene ikkje er teken med.

- § 1 Institusjon etter helse- og omsorgstenestelova

Følgjande tenester blir definert som institusjon: Sjukeheim, aldersheim, bustad med heildøgns helse- og omsorgstenester for born og unge under 18 og bustad med heildøgns helse- og omsorgstenester for rusmiddelavhengige.

Helse- og omsorgstenesteloven gir heimel for å fastsetja nærare bestemmelser med krav til innhald i dei kommunale helse- og omsorgstenestene og å fastsette kva institusjoner som skal omfattast av helseinstitusjonsbegrepet.

Krav til innhald i sjukeheim er nærare definert i Forskrift for sykehjem. Slik forskrift om innhald finnes ikkje for aldersheim, barnebustad eller institusjon for rusmiddelavhengige. Innhaldet i desse tilboda er varierende. Ordlyden "helse- og omsorgstenester", som er knytt til både bustad for born og tilbod til rusavhengige skulle tilsei at det er krav om at tilbodet skal innebera helsetenester og ha utdanna helsepersonell.

Kor går grensa mellom helsetenester og omsorgstenester? Dette er ikkje tydeleg definert. Denne grenseoppgangen er viktig når definisjonen av institusjon er knytt til at det skal ytast helsetenester. Er det nok at institusjonen utleverer medisin og difor må ha helsepersonell til utdeling? I tillegg til ei oversikt over kva som reknast som institusjon, burde det og bli konkretisert kva kriteriar som må innfriast for å koma inn under institusjonsomgrepet.

Ei oversikt over kriteriar til institusjonsomgrepet ville og vera til hjelp for å fastsetja kva som *ikkje* er ein institusjon. Noko som er viktig når omgrep som omsorgsbustad, seniorsenter og liknande stadig vert brukt.

- § 2 Institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven

"Som institusjon etter pasientrettighetsloven § 1 første ledd bokstav a vert rekna institusjon etter §1 i forskriften her, "med unntak av institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, herunder aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige."

Departementet sitt forslag til ny lov om helse- og omsorgstenester er ikkje meint å skulle utvida virkeområdet for pasientskadelova. Det vert likevel presisert at bustadar for born vil vera omfatta av pasientskadelova uavhengig av om den som yt hjelp er helsepersonell eller ikkje. Dette er ei endring frå i dag, der pasientskadelova gjeld når det er helsepersonell som yt hjelpa. Ei slik endring er bra, og tydeleggjer regelverket i forhold til tenesta.

§ 1 definerer aldersheim og bustad for rusmiddelavhengige som institusjon dersom det er heildøgns helse- og omsorgstenester. Pasientskadelova gjeld berre for tenesta som heilskap om føremålet primært er å motta helsehjelp. Pasientskadelova gjeld likevel når helsehjelp vert gitt av helsepersonell med autorisasjon eller dei som opptre på vegne av desse i slik bustad.

- § 3 Helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonellovens § 3

"Som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonellovens § 3, regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, med unntak av aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige."

Dersom det vert ytt helsetenester skal helsepersonellova gjelda. Avgrensinga tyder at det ikkje vil vera institusjonsplikter for tenesta totalt, men for helsehjelp som vert gitt i bustaden vil det vera plikt til journalføring.

Konklusjon

Desse tre punkta samla viser at det er tenester som vert definert som institusjon etter §1, men som likevel ikkje vert omfatta av §§2 og 3. Dette kan gjere at institusjonsomgrepet og kva som ligg i det vert noko uklart.

3.4 Forskrift om bruk av helsepersonellova

Ny helse- og omsorgstenestelov opphever det lovmessige skiljet mellom helsetenester og sosialtenester i kommunen. Ein konsekvens av denne samanslåinga er at alt personell som fell inn under den nye lova i utgangspunktet er å sjå på som helsepersonell og har plikt til å dokumentera i samsvar med pasientjournalforskrifta, som pr. i dag har eit sterkt helsefagleg fokus.

I Helse- og omsorgstenestelova § 2-1 vert det opna for at departementet i forskrift kan regulera nærare på kva måte dei ulike bestemmingane i Helsepersonelloven skal gjelda for personell som ikkje er helsepersonell, og ber om innspel kva slags dokumentasjonsplikt som bør gjelda for desse.

§ 1 Helsepersonellovens anvendelse for mottakere av omsorgslønn.

Det vert foreslått at mottakarar av omsorgslønn ikkje skal omfattast av helsepersonelloven. Dette vert støtta.

§ 2 Dokumentasjonsplikt

Det vert foreslått at berre dei som yt helsehjelp skal ha dokumentasjonsplikt. Dette vert ikkje støtta.

Dokumentasjonsplikta bør som utgangspunkt gjelda for alle som yt helse- og omsorgstenester, då journal gir ei oversikt over iverksette tiltak, observasjonar, vurderingar og resultat. Journalen bidrar og til å styrkja det tverrfaglege samarbeidet rundt pasienten, og styrkjer målsetjinga om heilskaplege og koordinerte tenester. Som Journalforskriften peikar på i §7 skal opplysingar nedteiknast "*dersom de er relevante og nødvendige*". Dersom dokumentasjonsplikta og blir gjeldande for personell som yt tenester som ikkje er å sjå på som helsehjelp, vil likevel bestemminga i Journalforskriften regulera kva som er relevant og nødvendig å nedteikna.

Departementet ber om innspel om kva konkrete problemstillingar eit framtidig regelverk bør avklara.

Konklusjon

Stord kommune meiner at dokumentasjonsplikta ikkje bør gjelda for oppdragstakarar som yt følgjande tenester: Omsorgslønn, støttekontakt og privat avlastning. Dokumentasjonsplikta vert heller ikkje praktisert i dag for brukarstyrt personlig assistent (BPA), og bør heller ikkje i framtida regulerast under helsepersonellova. Oppsøkjande verksemd og deler av lågterskeltilboda

innan helsetenesta er det og lite hensiktsmessig å omfatta av dokumentasjonsplikta, då samtykje må hentast inn. Mange brukarar vil i så fall sei frå seg eit slikt tilbod, og det vil verka mot si hensikt.

Departementet ber i tillegg om døme frå høyringsinstansane på korleis ein dokumenterer dei ulike omsorgstenestene som i dag er regulert i sosialtenestelova. Stord kommune har eiga eining for habilitering. Det omfattar tenester i bustader og dag / aktivitetstilbod. I tillegg har Stord kommune organisert lågterskeltilbod, LAR medisiner og oppfølging i bustad for rusavhengige i eigne avdelingar. Lov om sosiale tenester §6 - særlege tiltak overfor rusmisbrukarar er organisert i NAV kontoret.

Eining for habilitering - Har i praksis pålagt personell ved eininga dei same plikter som helsepersonell. Hovudårsaka til dette er behovet for å sikre tilstrekkelig dokumentasjon av iverksette tiltak, observasjonar og vurderingar. I tillegg har dokumentasjon i dette pasientjournalssystemet sikra betre kommunikasjon med andre samarbeidande avdelingar / einingar internt i kommunen som yt tenester til dei same brukarane og som journalfører tiltak i dette journalssystemet. Alle tilsette i eininga har gjennomgått opplæring i gjeldande lovverk, forskrifter og system

For rusavhengige:

LAR medisiner – Eiga teneste som gir LAR medisin og tar urinprøvar. Personell ved avdelinga har ikkje nytta noko felles journalføringssystem. Det er planlagt at dei skal ta i bruk same system som helse- og omsorgstenestene nyttar. (Visma Omsorg Profil).

Oppfølging i bustad - Driv miljøarbeid/miljøterapi retta mot menneske med rusvanskar som bur i ulike bustader for målgruppa. Personell ved avdelinga har ikkje nytta noko felles journalføringssystem. Det er planlagt at dei skal ta i bruk same system som helse- og omsorgstenestene nyttar. (Visma Omsorg Profil).

Lågterskel tilbod, helsestasjon og tillitsperson – Tar imot rusavhengige ut frå frivillighetsperspektivet. Det vil ikkje vera hensiktsmessig å føra journal då dette kan redusere bruk. Interne notat vert ført ved omfattande helsehjelp.

NAV Stord - Tiltaka er regulert av gjeldande Lov om sosiale tenester §6 - særlege tiltak overfor rusmisbrukarar. Nyttar same system som resten av sosialtenesta i NAV.

Med helsing

for høyringsgruppa i Stord kommune



Trygve Dahl
helse- og sosialkonsulent