



Samhandlingsreformen i Vesterålen

Vesterålen regionråd

postboks 243

8401 Sortland

Helse- og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

Sortland, 5.oktober 2011

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

Høringssvar fra Vesterålen regionråd, for kommunene: Andøy, Bø, Hadsel, Lødingen, Sortland og Øksnes

Stortinget vedtok 17. juni 2011 ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt endringer i en rekke andre lover. Som oppfølging av dette har Helse- og omsorgsdepartementet 4. juli 2011 sendt ut på høring forslag til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter som må være på plass før den nye lovgivningen trer i kraft.

Sammendrag:

Kommunene er kritisk til at man tilsynelatende har hastverk med å få lov- og forskriftsendringene vedtatt og iverksatt. Det er kritisk at forskriftene ikke er klare i god tid i forhold til krav om avtaleinngåelser innen 31.12.11. Dette vanskeliggjør mulighetene for å få til gode prosesser rundt forhandlingene lokalt. Kommunene uttrykker skuffelse over at det foreslåtte regelverk (lov og forskrifter) oppfattes som svært avvikende i sin form i forhold til å være et redskap for stimulering av samhandling, likeverd og gode lokalt forankrede løsninger. Høringsutkastet tar for lite hensyn til kommunenes drift og tjenestetilbud. Det er i liten grad tatt hensyn til at samhandling mellom to parter krever to *likeverdige* samarbeidsparter - og jevnbyrdighet i innflytelsen.

Høringsuttalelser:

Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

- Innspill på forskriftens § 3 og § 5; Specialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling og Kommunenes ansvar.

I forskriftens § 3 gis spesialisthelsetjenesten et ansvar for vurdering av om pasienten kan ha behov for kommunale helse og omsorgstjenester etter utskrivning. Det skal videre vurderes hvor lenge innleggelsen antas å ville vare; samt om det vil være behov for kommunale tjenester i hjemmet eller om det vil være behov for en kommunal institusjon. Det er i forskriften satt en frist for vurdering og varsling til kommunen på «innen 24 timer» eller «så snart det lar seg gjøre», ut i fra kompleksiteten på årsak til innleggelse og det videre behandlingsforløp.

Erfaringer i fra kommunene i dag, er at spesialisthelsetjenesten ikke har nødvendig kompetanse og kjennskap til de kommunale helse- og omsorgstjenestene til å foreta en slik vurdering. De enkelte kommuner har organisert og dimensjonert sine tjenester ulikt og vektlagt for eksempel behov for institusjonsplass kontra hjemmetjenester forskjellig.

Videre påpekes at det i forskriften legges ensidig definisjonsmakt til sykehuset når det etter § 3a skal gjøres en vurdering av om *”pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten”*. Dette er i strid med kommunenes plikt til saksbehandling for tildeling av tjenester. På denne måten flyttes vurderingen av tjenestebehov fra kommunene til spesialisthelsetjenesten. Dette må være en feil. Den riktige formuleringen burde vært **”vurdere om pasient kan ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester”**

Når det gjelder institusjonsplass kommer det ikke klart frem i forskriften om dette forutsettes et fullt utbygd tilbud om for eksempel lokal medisinske tjenester i kommunene. Man kan her tenke seg at det vil bli utøvd ulikt skjønn i spesialisthelsetjenesten om hva kommunene burde ha tilbudt av tjenester. Og på bakgrunn av dette vurderer pasienten som utskrivningsklar, med en bevisst filosofi om selv «å ferdigbehandle» pasienten mot betaling i fra kommunen. Det vurderes derfor som viktig at de nevnte forhold detaljert beskrives i forpliktende særavtaler for det enkelte fagområde, i samarbeidsavtalene mellom det aktuelle helseforetak og den enkelte kommune. Avtaler på dette område kan ikke generaliseres.

Forskriften bør inkludere at pasienten skal trekkes med i planlegging og behandling. Forskriften må også ta hensyn til at det er pasienten, ikke spesialisthelsetjenesten, som har retten til å søke om kommunal helse- og omsorgstjenester, og at det er opp til pasienten hvorvidt vedkommende vil ta i mot tjenester.

Det bør være gjensidig betalingsplikt som sikrer kommunen ved endring av utskrivnings tidspunkt mindre enn 24 timer før avtalt utskrivning. Det bør også tas inn bestemmelser knyttet til det økonomiske ansvaret knyttet til re-innleggelser.

I forskriftens § 5 pålegges kommunen å iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten i fra den datoen det er varslet utskrivning. Videre må kommunen «straks» gi beskjed til spesialisthelsetjenesten om pasienten kan mottas og i evt. ifra hvilket tidspunkt.

En forutsetning for at kommunen kan gi svar på om en kan ta imot utskrivningsklar pasient er at vedtak om tjenester er fattet i kommunen, samt en administrativ vurdering av kapasitet i tjenesten. Administrativ døgnkontinuerlig drift er svært kostnadskrevende og anses som et utvidet og urimelig krav i denne sammenhengen. Det må derfor være tilstrekkelig at kommunen svarer på henvendelser om utskrivningsklar pasient så fort som mulig og senest etter en gitt frist (må avklares).

Det vises til innspill over – og til viktigheten av avtaleregulering på området. Det forutsettes at kommunen, på bakgrunn av spesialisthelsetjenestens anbefalinger, fritt kan organisere tilbudet som den måtte ønske innenfor forsvarlighetsprinsippet. Dermed får spesialisthelsetjenestens vurderinger i § 3 om institusjon eller hjemmebaserte tilbud mindre betydning. Det poengteres heller viktigheten av gode dialoger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og at dette omtales i samarbeidsavtalene.

- Innspill på forskriftens § 4; Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar.

Det fremkommer i forskriften at en pasient er definert som utskrivningsklar når en lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre at avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinsk faglig vurdering.

Dette kan lett bli vurderinger med for stor mulighet for «synsing» både når det gjelder det rent medisinsk faglige og ikke minst lokale forhold ved det enkelte helseforetak. Riktignok kan kommunene kreve å få en redegjørelse om de vurderinger som er gjort, men dette vil allikevel ikke utelukke muligheten for svært subjektive vurderinger.

Definisjonen av utskrivningsklar pasient er mangelfull. Kommunene anbefaler at man benytter definisjonen i dagens forskrift, i tillegg til at det settes krav til ”epikrise” ved utskrivning

Primært er det ønskelig at det utvikles nasjonale kriterier og standarder for alle pasientforløp(hoveddiagnoser), for når disse anses som ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Det kan evt. åpnes for lokale kriterier gjennom faglige konsensus diskusjoner, men disse må i så fall avtales.

Subsidiert ønskes det at kriterier for utskrivningsklare pasienter gjøres til et obligatorisk område i inngåelse av samarbeidsavtaler.

- Innspill på § 6; Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

Forskriften anses som uklar og vanskelig tilgjengelig med hensyn til vilkårene for når betalingsplikt inntreffer. Forskriften sier: a. Fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar og b. de øvrige vilkårene i §§ 3 og 4 er oppfylt og c. kommunen har gitt beskjed om at de kan motta pasienten, jfr. § 5.

Dette må tydeliggjøres i forskriften for å unngå dissens om eller ulik praksis på tidspunkt for betaling.

Definisjon og begrensning av forståelsen av begrepet ”dagen” i forskriften er avgjørende og har store konsekvenser for kommunenes forvaltningsmessige beredskap. **Dette bør avgrenses til virkedager og ordinær arbeidstid (jfr. kommentarer til § 5).**

Det må sørges for at rapporteringssystemene sikrer gjensidig betalingsplikt fra den dagen pasienten **faktisk** skrives ut.

Det må innføres gjensidig betalingsplikt som sikrer kommunen ved endring av utskrivningstidspunkt mindre enn 24 timer før avtalt utskrivning (jfr. Kommentarer til §2).

I forskriften er det videre foreslått at fylkesmannen skal behandle klager. KS har tidligere foreslått et nasjonalt organ for tvisteløsningsordning og kommunene støtter forslaget om at tvisteløsningsorganet bør behandle klager og ikke til fylkesmannen.

Dette har bl.a. å gjøre med de erfaringene kommunene har gjort seg, om svært ulik praksis i de ulike fylkesmanns embeter rundt om i landet.

Videre bør det etableres et lokalt samarbeidsorgan med fullmektige representanter for den aktuelle kommune og spesialisthelsetjenesten, som kan tre sammen på kort varsel, og som har som mandat å finne gode løsninger i saker der en i utgangspunktet ikke er enige. Dette er før saken evt. oversendes nasjonalt tvisteorgan.

Ny forskrift om kommunal medfinansiering

Etter kommunenes syn kan det også her oppstå tvister mellom partene. Forskriften bør ha en paragraf som omhandler klager. Klageorganet bør være det nasjonalt oppnevnte tvisteløsningsorgan, som ble omtalt over.

Når det gjelder grunnlaget for beregningen av kostnadene knyttet til kommunal medfinansiering, har kommunene i dag ikke nok oversikt og innsikt i dette. I følge forskriften skal medfinansieringen baseres på regelverket for Innsatsstyrt finansiering(ISF) og data i fra Norsk pasientregister(NPR). Videre fremgår det at Helsedirektoratet utarbeider grunnlaget for det økonomiske oppgjøret mellom kommuner og regionale helseforetak.

Det stilles spørsmål ved om kommunens behov for kontroll av betaling til regionale helseforetak er godt nok sikret når beregningsgrunnlaget utelukkende er data fra Norsk pasientregister som meldes fra spesialisthelsetjenesten. Kommunene må løpende motta registreringer av når betalingsplikt inntreffer for den enkelte pasient og hvor lenge denne varer.

Medfinansieringsansvaret må gjelde kommunens **folkeregistrerte** innbyggere. Kommunene må sikres tilstrekkelig innsyn i beregningsgrunnlaget og §§ 5 og 6 må derfor omformuleres. Det må sikres enkle og smidige løsninger for tilgang på data – og administrering av oppgjørsordningen. Dette har også å gjøre med kvalitetssikring og kontroll for kommunene av oppgjørene. Videre må det være mulig for kommunene årlig å kunne budsjettere mest mulig korrekt ifht. medfinansieringen.

Forhold knyttet til re-innleggelser og kostbare legemidler må konkretiseres og avklares.

Det er i praksis svært utfordrende å rekke å inngå endelige og forpliktende avtaler mellom sykehus og kommuner i den korte tiden som er til rådighet fra forskriften er endelig vedtatt og til årsskiftet.

Endringer i forskrifter knyttet til fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden

Kommunene er av den oppfatning at refusjonsbestemmelsene når det gjelder fordeling av kostnader mellom kommuner i hovedsak foreløpig bør videreføres. Men det bør igangsettes et eget arbeid for å vurdere hele ordningen på ny, basert på fakta fra kommunene. Ellers bør departementets parentes i § 2 foreløpig fjernes i forslaget til ny forskrift, inntil det foreslåtte arbeidet med å vurdere hele ordningen på ny er gjennomført.

Når det gjelder institusjonenes disposisjonsrett og forskriftene om felles trivselsordninger, så mener kommunene at det ikke lenger er behov for å videreføre disse bestemmelsene.

Dagens frihet for kommunene til å organisere sitt tjenestetilbud og velge hva som skal defineres som institusjon må opprettholdes.

Ny forskrift om hva som skal anses for institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Grensen mellom helsetjenester og omsorgstjenester er ikke tydelig definert. Denne grenseoppgangen er viktig når definisjonen av institusjon er knyttet til at det skal ytes helsetjenester.

Det er ikke tatt høyde for at boformer som «bofellesskap for demente» hvor det ytes døgnkontinuerlig helsetjenester med fast bemanning på «sykehjemsnivå», men hvor boligen leies av pasienten eller dennes pårørende, kan defineres som tilbud på institusjonsnivå.

Videre foreslås det at begrepet «sykehjem» opprettholdes som betegnelse på kommunal institusjon. Dette begrunnes med at begrepet er godt innarbeidet i dagens kommunehelse tjeneste.

Kommunene er bare delvis enige i at begrepet «sykehjem» opprettholdes. Enigheten går på at begrepet er innarbeidet, lett definerbart og gjenkjennbart i kommunene. Uenigheten går på at det i forbindelse med denne store reformen burde være på sin plass å bytte ut sykehjems begrepet. Dette begrunnes med at i mange mindre kommuner så brukes «sykehjemmet» i forbindelse med alle typer institusjonsplasser.

I forbindelse med samhandlingsreformen har flere kommuner signalisert at de ønsker å legge fremtidige ØH-senger, OBS-senger og senger til rehabilitering- og habilitering til det som i dag betegnes som «sykehjem» i kommunene. I denne forbindelse er det uheldig med begrepet «sykehjem» og at folk flest assosierer dette med eldre: ofte demente og pleietrengende. De nevnte nye tilbud som opprettes i kommunene vil ikke ha noen aldersgrense, og det vil kunne forekomme som svært underlig å skulle bli lagt inn noen dager på det kommunale sykehjemmet som 20-åring.

Det foreslås derfor at begrepet «kommunal institusjon» eller «kommunale institusjonsplasser» brukes i stedet for «sykehjem».

Det foreslås at forskriften må bli ennå mer uttømmende ifht. Institusjonsbegrepet.

Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunene støtter vurderingene som gjøres i kapittel 8 og ser positivt på at det i forskrift presiseres at dokumentasjonsplikt ikke gjelder personer som mottar *omsorgslønn*.

Videre foreslås at det er kun personell som yter helsehjelp som skal ha dokumentasjonsplikt. Det støttes ikke. Dokumentasjonsplikten bør som utgangspunkt gjelde alle som yter helse- og omsorgstjenester, da journal gir en god oversikt over iverksatte tiltak, observasjoner, vurderinger og resultat. Journalen bidrar også til å styrke det tverrfaglige samarbeidet og styrker muligheten for mere helhetlige og koordinerte tjenester.

Når det gjelder rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m. så beskriver høringsnotatets forslag i hovedsak en videreføring av gjeldende rettspraksis. Det fremmes en klargjøring, tydeliggjøring og en viss utvidelse av barns rett også til omsorgstjenester noe kommunene støtter.

Forskriften generelt er imidlertid utydelig på ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og innhold i tjenestetilbud.

Kommunene antar at bestemmelsene fører til økonomiske konsekvenser; noe som bør kompenseres for i kommunene.

Dette utgjør høringsuttalelsene fra kommunene: Andøy, Bø, Hadsel, Lødingen, Sortland og Øksnes

Med vennlig hilsen

Vesterålen regionråd



Ole J. Gustavsen
prosjektleder