

# ÅS KOMMUNE

# PROTOKOLL

<b>STYRE/RÅD/UTVALG</b> Formannskapet	<b>MØTESTED</b> Ås rådhus, Lille sal	<b>MØTEDATO</b> 12.10.2011
Fra F-sak: 55/11 Til F-sak: 58/11	Fra kl.: 16.30 Til kl.: 18.15	

Av utvalgets medlemmer/varamedlemmer møtte 9 av 9.

<b>Forfall var meldt fra følgende medlemmer:</b> A: Ivar Ekanger
<b>Møtende medlemmer:</b> A: Johan Alnes, Anne Odenmarck H: Egil Ørbeck, Gro Haug FrP: Arne Hillestad Sp: Marianne Røed SV: Hanne Marit Gran V: Jorunn Nakken
<b>Møtende varamedlemmer:</b> KrF: Morten Lillemo
<b>Fra administrasjonen møtte:</b> Rådmann Trine Christensen, førstekonsulent Vibeke Berggård - sekretær, helse- og sosialsjef Marit Roxrud Leinhardt, teknisk sjef Arnt Øybekk, oppvekst- og kultursjef Ellen Benestad, plan- og utviklingssjef Ellen Grepperud, økonomisjef Emil Schmidt og service- og kommunikasjonssjef Andreas Brodahl.
<b>Diverse merknader:</b>

Godkjent 13.10.2011 av ordfører Johan Alnes og varaordfører Marianne Røed.

Underskrifter:

\_\_\_\_\_

## SAKSLISTE

<b>F-sak Tittel</b>	<b>Saksnr.</b>	<b>Arkivkode</b>
55/11 FREMtidig ORGANISERING AV PLEIE OG OMSORGSTJENESTEN I ÅS KOMMUNE - OPPFØLGING AV PROSJEKTET "SAMHANDLINGSREFORMEN" OG DEN DEMOGRAFISKE UTVIKLINGEN JFR KOMMUNEPLAN 2011 - 2023	11/2282	G00 &20
56/11 ÅS KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE TIL SAMHANDLINGSREFORMEN - FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV PROP. 91L (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTJENESTER	11/3070	110 F00 &13
57/11 PRINSIPPSAK VEDRØRENDE SKJENKING INNE / UTE I KULTURHUSET - JF. ETABLERING AV ANBUD	11/3002	U60
58/11 TILTAKSPLAN FOR TRAFIKKSIKKERHET 2012-2015 RULLERING 2011	10/1546	Q80

### **INFORMASJON FRA RÅDMANNEN 12.10.2011**

Økonomisjef Emil Schmidt ga følgende orienteringer:

1. Kort informasjon om statsbudsjettet og konsekvenser for Ås kommune.
2. Bjørnebekk asylmottak. Informasjon om status bygninger og mulighet for å legge inn  
anbud for ca. 30 nye plasser.  
Formannskapetets behandling: Formannskapet ønsker sak eller notat om dette.

### **REFERATSAKER TIL FORMANNSKAPET 12.10.2011**

Referatsakene ble tatt til orientering.

### **MELDINGSSAKER I FORMANNSKAPET 12.10.2011 -orientering fra ordfører og eventuelt**

1. Kulturhuskoordinator.  
Myfanwy Katherine Moore-Eriksen er ansatt og tiltrer 02.01.2012.
2. Markering av overgang til ny kommunestyreperiode – middag 25.11.2011.  
Ordfører sendte følgende e-post til medlemmer av avtroppende og påtroppende  
kommunestyre 7.10.2011:  
Tradisjonen tro planlegges en felles middag for nåværende og påtroppende  
kommunestyre samt noen administrative representanter.  
Datoen er fastsatt til fredag 25. november fra kl. 19.00.  
Sted er ikke bestemt og forslag mottas med takk.  
Forslag på medlemmer til arrangementskomiteen mottas med glede.  
Det er kommet inn et forslag på sted og ingen på arrangementskomité.  
Jorunn Nakken ble valgt, politisk sekretariat ivaretar det praktiske.

**F-sak 55/11**

**FREMTIDIG ORGANISERING AV PLEIE OG OMSORGSTJENESTEN I ÅS  
KOMMUNE - OPPFØLGING AV PROSJEKTET "SAMHANDLINGSREFORMEN"  
OG DEN DEMOGRAFISKE UTVIKLINGEN JFR KOMMUNEPLAN 2011 - 2023**

**Hovedutvalg for helse og sosials (HHS) innstilling 28.09.2011:**

1. Forslag til ny organisering av pleie - og omsorgstjenestene i Ås kommune vedtas slik det framgår av vedlegg 1, Ny organisering av helse og sosialtjenesten.
2. Omgjøring og opprettelse av stillinger for denne nye organiseringen vurderes i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene finansieres innenfor helse og sosialetatens budsjett, sett i sammenheng med økte inntekter.
3. Opprettelse av stillinger knyttet til nye oppgaver ifbm Samhandlingsreformen, jfr tabell i vedlegg 2, vurderes også i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene vil kunne finansieres innenfor økte inntekter ifm "Samhandlingsreformen" og tilskuddsmidler (samhandlingsmidler) etter søknad for 2012.
4. Det jobbes videre med en trinnvis utbygging av sykehjem i Ås.
5. Det jobbes videre med en eventuell utbygging av omsorgstjenestene i Nordby, i tilknytning til Granheimtunet.

---

**Innstilling/uttalelse fra administrasjonsutvalget 29.09.2011 og kommunalt råd for funksjonshemmede 27.09.2011:**

1. Forslag til ny organisering av pleie - og omsorgstjenestene i Ås kommune vedtas slik det framgår av vedlegg 1, Ny organisering av helse og sosialtjenesten.
2. Omgjøring og opprettelse av stillinger for denne nye organiseringen vurderes i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene finansieres innenfor helse og sosialetatens budsjett, sett i sammenheng med økte inntekter.
3. Opprettelse av stillinger knyttet til nye oppgaver ifbm Samhandlingsreformen, jfr tabell i vedlegg 2, vurderes også i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene vil kunne finansieres innenfor økte inntekter ifm "Samhandlingsreformen" og tilskuddsmidler (samhandlingsmidler) etter søknad for 2012.
4. Det jobbes videre med en trinnvis utbygging av Moer sykehjem jfr vedlegg 3 og 4.
5. Det jobbes videre med en eventuell utbygging av omsorgstjenestene i Nordby, i tilknytning til Granheimtunet.

---

**Ås eldreråds uttalelse 27.09.2011:**

1. Eldrerådet slutter seg i hovedsak til rådmannens innstilling om "Framtidig organisering av pleie- og omsorgstjenesten i Ås kommune".

Eldrerådet mener at eldresenter/seniorsenter naturlig hører til under "punkt 8. Enhet for folkehelse og frivillighet" i det nye organisasjonskartet.

2. Eldresenter/seniorsenter i kommunen:

Gjennom en betydelig egeninnsats drives det to senter for eldre i kommunen. De kommunale tilskuddene har blitt sterkt redusert i løpet av de siste år på grunn av dårlig økonomi i kommunen. Det har ført til økt arbeidspress på de frivillige som deltar på kjøkken og leder arbeidet i hobbyrom. Det er relevant å spørre om kanskje økt tilskudd for større aktivitet ved sentrene kan utsette tidspunktet da kommunen må skaffe omsorgsbolig/sykehjemsplass for den enkelte. Nordby eldresenter har gode lokaler med kjøkken og egne rom for hobbyaktiviteter. Ås seniorsenter har altfor lite areal i forhold til medlemsmassen og mangler aktivitetslokaler.

- Ås seniorsenter må snarest skaffes tilfredsstillende lokaler for å ha et tilbud til et sterkt økende antall eldre sør i kommunen.
- Intensjoner i samhandlingsreformen understreker nødvendighet av gode eldresenter/seniorsenter.

3. Eldrerådet minner om at Ås kommunestyre 15.12.2010 vedtok å opprette stilling som seniorkontakt fra 01.05.2011, og tar til etterretning at administrasjonen har utsatt utlysningen av stillingen. Eldrerådet mener at det haster med å få tilsatt seniorkontakt for å drive omsorg for den raskest voksende befolkningsgruppen i kommunen. Eldrerådet ønsker å delta i arbeidet med å lage stillingsinstruks for seniorkontakten.

**Formannskapets behandling 12.10.2011:**

Ordfører foreslo følgende på bakgrunn av drøftingene: Formannskapet ber om egen sak vedrørende pkt. 4 og 5, jf. innstilling fra HHS.

Arne Hillestad (FrP) anmodet administrasjonen om å finne et nøytralt navn på enhet i pkt. 6, vedlegg 1. Forslaget følger saken.

**Votering:**

HHS' innstilling pkt. 1, 2 og 3 ble enstemmig tiltrådt.  
Ordførers forslag ble enstemmig vedtatt.

**Formannskapets innstilling til kommunestyret 12.10.2011:**

1. Forslag til ny organisering av pleie - og omsorgstjenestene i Ås kommune vedtas slik det framgår av vedlegg 1, Ny organisering av helse og sosialtjenesten.
2. Omgjøring og opprettelse av stillinger for denne nye organiseringen vurderes i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene finansieres innenfor helse og sosialetatens budsjett, sett i sammenheng med økte inntekter.
3. Opprettelse av stillinger knyttet til nye oppgaver ifbm Samhandlingsreformen, jfr tabell i vedlegg 2, vurderes også i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene vil kunne finansieres innenfor økte inntekter ifm "Samhandlingsreformen" og tilskuddsmidler (samhandlingsmidler) etter søknad for 2012.

**Formannskapetets vedtak 12.10.2011:**

Formannskapet ber om egen sak vedrørende pkt. 4 og 5:

4. Det jobbes videre med en trinnvis utbygging av sykehjem i Ås.
5. Det jobbes videre med en eventuell utbygging av omsorgstjenestene i Nordby, i tilknytning til Granheimtunet.

**F-sak 56/11****ÅS KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE TIL SAMHANDLINGSREFORMEN - FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV PROP. 91L (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTJENESTER**

**Rådmannens innstilling:** Tilsvare formannskapetets vedtak.

**Formannskapetets behandling 12.10.2011:**

**Votering:** Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

**Formannskapetets vedtak 12.10.2011:**

Ås kommune vedtar høringsuttalelse, jfr. vedlegg 1.

**F-sak 57/11****PRINSIPPSAK VEDRØRENDE SKJENKING INNE / UTE I KULTURHUSET - JF. ETABLERING AV ANBUD****Hovedutvalg for helse og sosials innstilling 28.09.2011:**

1. Ås kommune er positive til evt. skjenkebevilling for alkohol i Kulturhuset i Ås.
2. Ås kommune er positive til evt. utendørs skjenkebevilling på et definert område av borggården tilknyttet kulturhuset.
3. Skjenkebevillingene må være i samsvar med alkohollovgivningen og Ås kommunes alkoholpolitiske retningslinjer. Dette vil innebære regulering av skjenketider når aktiviteter for barn og unge finner sted i kulturhuset.

**Formannskapetets behandling 12.10.2011:**

Egil Ørbeck (H) foreslo at pkt. 3 i hovedutvalgets innstilling utgår.

**Votering:**

Hovedutvalgets innstilling

pkt. 1 ble enstemmig vedtatt,

pkt. 2 ble vedtatt 7-2 (FrP, KrF),

pkt. 3 ble nedstemt 6-3 (A, FrP, KrF).

**Formannskapetets vedtak 12.10.2011:**

1. Ås kommune er positive til evt. skjenkebevilling for alkohol i Kulturhuset i Ås.
2. Ås kommune er positive til evt. utendørs skjenkebevilling på et definert område av borggården tilknyttet kulturhuset.

**F-sak 58/11****TILTAKSPLAN FOR TRAFIKKSikkerhet 2012-2015 RULLERING 2011****Hovedutvalg for teknikk og miljø's innstilling 29.09.2011:**

Tilsvareer formannskapetets innstilling.

**Formannskapetets behandling 12.10.2011:**

**Votering:** Hovedutvalgets innstilling ble enstemmig tiltrådt.

**Formannskapetets innstilling 12.10.2011:**

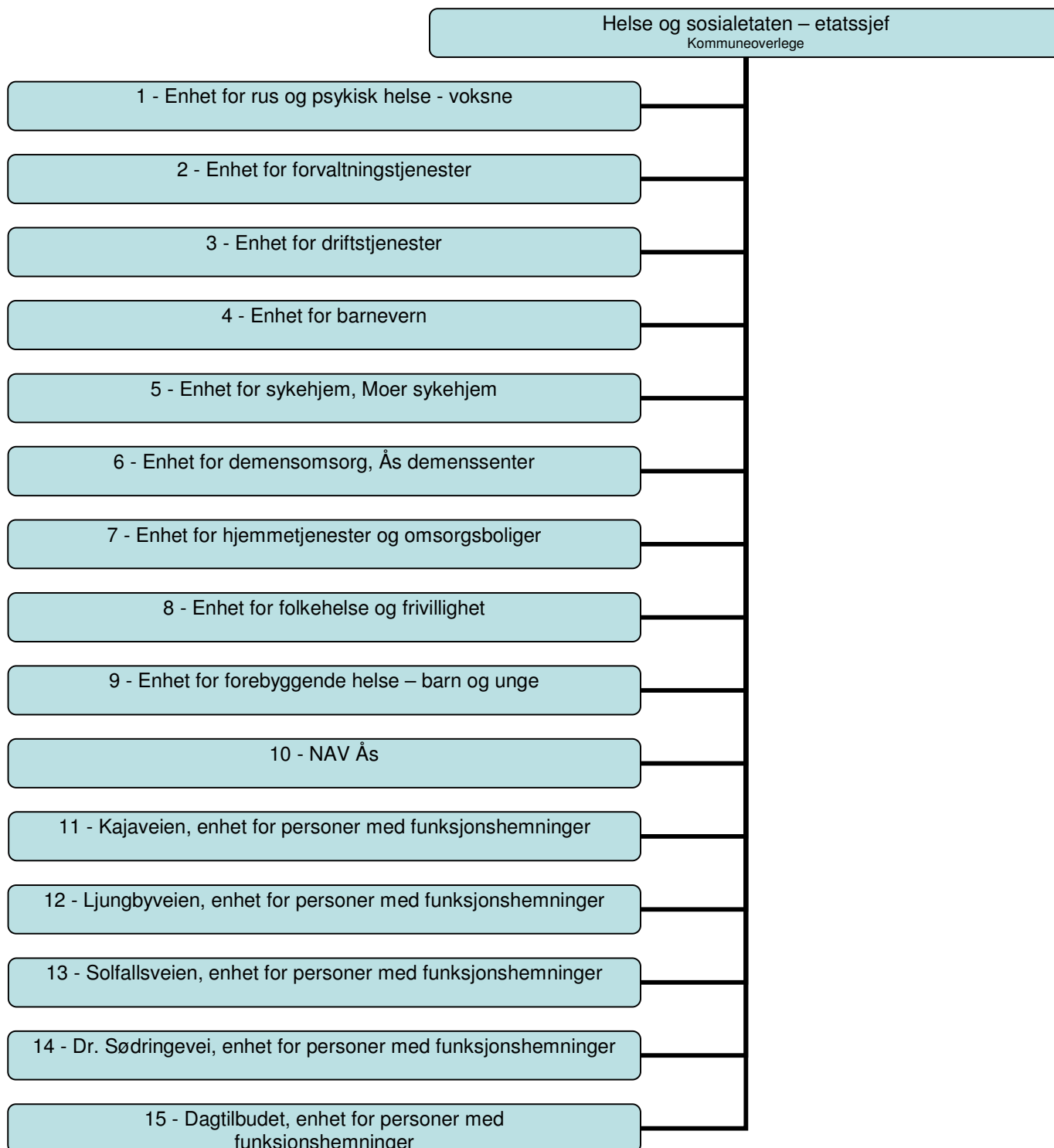
"Tiltaksplan for trafikkssikkerhet 2012-2015" vedtas som foreslått. Tiltaksplanen skal rulleres neste gang høsten 2012. Et stort tiltak på Rustad skole er planlagt realisert i løpet av 2012.

Følgende innarbeides i tiltaksplanen:

- Det bør anlegges gangfelt over fylkesveien mellom Skolehusveien og Idrettsveien i Nordby.
- Forholdene må forbedres ved sving i Toveien.
- Det bør gjøres et helhetlig planarbeid for området Brønnerud – Korsegården.

**Vedlegg 1**

**Ny organisering av helse og sosialtjenesten**



# ÅS KOMMUNE

Vedlegg 2 til formannskapetets innstilling i F-sak 55/11

## Vedlegg 2

### Nye stillinger, foreslås finansiert av "Samhandlingsmidler":

Kommunen mottar ca 15 000 000,- i samhandlingsmidler. Dette skal finansiere den "kommunal medfinansiering" og ansvar fra 1ste utskrivningsklare dag.

Enhet:	Stilling:	Endring:	Ny oppgaver:	Ny kostnad:
HS-sjefens stab	Kommuneoverlege	60 % (har 40 %)	- Administrere den kommunale medfinansieringen - Kommunens folkehelsekoordinator	500.000,-
Enhet for folkehelse og frivillighet	Daglig leder Frisklivssentral	50 % ila 2012	Planlegge, etablere, koordinere og drifte frisklivssentralens tilbud i Ås kommune. - Helsesamtaler - Ernæringsveiledning - Fysisk fostring / trening / trim / APD osv	300.000,- (Har fått 300.000,- i tilskudd)
Enhet for helse friskliv og frivillighet	Fag og forskningssykepleier	100 % ila 2012	Bistå hele kommunen i forhold til strategisk kompetansestyring og planlegging jfr Samhandlingsreformen.	600.000,-
		<b>SUM</b>	<b>(11 % av det totale tilskuddet)</b>	<b>1 400 000,-</b>
			<b>Rest til medfinansiering og uk-døgn</b>	<b>13 300 000,-</b>

Rest av samhandlingsmidlene plasseres "på konto" for å betale for den kommunale medfinansieringen og eventuelle "overliggedøgn" på sykehus etter utskrivningsklar.



# Høringsuttalelse

fra  
Ås kommune

til

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

30. september 2011

## Kommentarer til de enkelte forskriftene:

### 1. Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Bakgrunn for forslaget er et ønske om å sikre fremtidig helse- og omsorgstjenester som både tilfredsstillende pasienter og som tar høyde for de store samfunnsøkonomiske utfordringene som kommer iht demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet. Forslaget til ny betalingsforskrift gir kommunene betalingsplikt (kr 4.000,- døgnet) fra første dag som utskrivningsklar.

Tidligere kriterier for når en pasient er utskrivningsklar fjernet og erstattet med at lege i spesialisthelsetjenesten skal beslutte når pasienten er utskrivningsklar, dette uten noen krav til at eksempelvis problemstilling ved innleggelse er avklart, at diagnose er stilt eller at plan for oppfølging av pasient er lagt.

Spesialisthelsetjenesten får gjennom forskriften all myndighet til selv å vurdere om en pasient er i behov av kommunal hjelp. Sitat s. 18: *Departementet vil derfor foreslå at når en pasient legges inn i spesialisthelsetjenesten, skal det gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. forslag til § 3 første ledd. Dette vil være inngangsvilkåret for hvorvidt forskriften får anvendelse ved behandling av den enkelte pasient eller ikke.*

Spesialisthelsetjenesten kan / skal vurdere om en pasient har behov for kommunal hjelp, og kan også beskrive om hvorvidt pasienten har behov for tjenester i hjemmet eller i en kommunal institusjon. Forskriften sier ingenting om dialog eller informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og pasienter / pårørende i denne vurderingsprosessen. Legens myndighet i forhold til å vurdere kommunale tjenestetilbud står i skarp kontrast til dagens praksis hvor spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for sine medisinske tjenester, og kommunene er ansvarlig for å vurdere og sette inn tjenester når pasienter kommer til kommunen.

Spesialisthelsetjenesten skal innen 24 timer etter innleggelse gjøre en slik vurdering, men det blir også foreslått *unntak for denne 24 timers regelen i de tilfeller hvor det er behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus*. Spesialisthelsetjenesten har en meldeplikt til kommunene med flere unntak fra 24 timers regelen.

Utformingen av denne forskriften gjør spesialisthelsetjenesten til en aktiv myndighetsutøver og kommunene er redusert til passive mottakere.

- Kommunene skal forholde seg til spesialisthelsetjenestens vurderinger iht pasienters behov for kommunale tjenester – i hjemmet eller i kommunal institusjon.
- Kommunene skal betale fra første dag når spesialisthelsetjenesten tar slike vurderinger.
- Kommunene må gi svar til spesialisthelsetjenesten samme dag som melding om utskrivningsklar mottas. *Kommunen kan ikke avvente med å gi svar til dagen etter de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også i tilfeller hvor kommunen får beskjed fra sykehuset om en utskrivningsklar pasient etter ordinær arbeidstid.*

- Kommunens ansvar gjelder hele døgnet.
- Kommunens betalingsplikt vil bli beregnet fra Helsedirektoratet på bakgrunn av rapportering fra spesialisthelsetjenesten.

Hele forskriften legger til rette for at spesialisthelsetjenesten kan oppnå en betydelig effektivisering. Spesialisthelsetjenesten kan legge føringer om omfang av kommunal hjelp til utskrivningsklare, noe som vil være til stor hjelp og underlette mange etiske prosesser for spesialisthelsetjenesten.

Forskriften søker å løse dagens utfordringer med liggedøgn, reinnleggelser, samarbeidsutfordringer mellom forvaltningsnivåene m.m., gjennom å tilføre myndighet til spesialisthelsetjenesten, på bekostning av kommunenes selvstendighet og økonomiske rammer.

Iht. forslaget skal kommunene vurdere om hvorvidt de kan gi et forsvarlig tilbud til pasientene. Hvis det ikke finnes forsvarlige tilbud, så skal pasienten ligge på sykehus. Det fremkommer ikke hvem som skal ta stilling til om tilbudet er forsvarlig eller ei.

Samhandlingsreformen skal bygges på og utøves av likeverdige parter (kommuner og spesialisthelsetjeneste). I denne forskriften finnes det ikke snev av likeverdighet. Denne forskriften kan være snarveien til en eksplosjon i offentlige utgifter.

Hvis de økonomiske skadevirkningene av denne forskriften skal dempes, så må også kommunene få samme finansieringsgrunnlag som spesialisthelsetjenesten.

## **2. Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering**

Bakgrunnen for forslag til ny forskrift om kommunal medfinansiering er å skape et mer helhetlig pasientforløp hvor både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er tjent med et bedre samarbeid. Grunnidéen er at kommunene skal ta ett større ansvar for å forebygge behov for innleggelse på sykehus. Målsettingen er blant annet større fokus på fysiske aktiviteter, veiledning og tilrettelagte tilbud i hjemmene og på institusjoner.

Samhandlingsreformens virkemidler er etter kommunens oppfatning basert på økonomiske straffemetoder. Med dette menes at kommuner som ikke dreier sine tjenester fra behandling og vedlikehold til forebygging vil oppleve reduserte driftsrammer i ett langtidsperspektiv. Reformen forventer en gevinst fra og med første dag, dvs 1 januar 2012. Erfaringer viser at det tar lang tid å snu fokuset fra behandling til forebygging. Blant annet skal nok kompetanse bygges opp/rekrutteres.

Konsekvenser ved endret finansiering er at kommunen står overfor en uklar og usikker økonomisk konsekvens. Det mangler kontrollmekanismer og etterprøvbarhet av de transaksjoner som vil foregå mellom helseforetak og kommunen. Det er så langt Ås kommune ser det, umulig å etterprøve transaksjonene da opplysningene ikke skal kunne spores tilbake til en konkret innbygger. Helsedirektoratet vil inneha kontrollfunksjonene, men da kun på ett generelt nivå som for eksempel har utgiftene

økt mer enn forventet og er det endringer i bruk av DRG (Diagnose Relaterte Grupper) koding etc. DRG kostnadene kommunene vil bli belastet for baseres på de kostnader som helseforetaket operer med. Kommunene vil ikke ha innvirkning på hvordan helseforetaket budsjetterer og drifter de ulike avdelingene.

Selv om kommunen er enig i at det er viktig med en økonomisk kobling mellom helseforetak og kommune stiller Ås kommune spørsmål om denne ordningen vil fungere etter intensjonene. Dette fremstår som en teoretisk matematisk fremstilling av den ideelle verden hvor ting lett kan endres og effekter får full uttelling fra dag 1. Modellen har også svakheter som kan innby til kreativ triksing med DRG koding og regnskapsføring i helseforetakene. Endringen fra tidligere er at kommunene nå vil direkte bli økonomisk involvert.

#### Kommentarer til enkelte paragrafer i forskriften:

##### § 2 Medfinansieringsplikt:

Ås kommune er enig i at medfinansieringsplikten ikke skal gjelde kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Når det gjelder kostbare legemidler så snakkes det her om kostbare biologiske legemidler. Dette er ett område som kan skape en god del diskusjoner da det er vanskelig å få klarhet i hvilke behandlingsformer som skal unntas fra medfinansieringsplikten. Dette er også ett område man kan forvente stor utvikling. Kommunene opplever i større og større grad en forventning om at kommunene skal dekke svært kostnadskrevende medikamenter. Kommunen har også opplevd at det forventes at utgifter til transport for eksempel til dialyse skal dekkes av kommunen. Gjelder dette en beboer på sykehjem skal dette dekkes av kommunen. Når dialysen på sykehus skal skje kanskje flere ganger i måneden, påløper kostnadene. Dette er en biologisk behandling(blodprodukt) og sånn sett skal sykehuset dekke denne utgiften. Etter kommunens oppfatning må dette også gjelde transport til og fra sykehus samt de personalkostandene som følger med en slik transport. På sikt vil vi tro at også slike behandlinger vil skje i kommunene / interkommunalt, men dette må nødvendigvis planlegges, etableres og slik kompetanse må erverves. Etter kommunens oppfatning bør det være meget tydelig avgrenset hvilke behandlingsformer og hvilke kostbare legemidler som skal dekkes av kommunen, og hvilke behandlingsformer og legemidler som skal dekkes av sykehus / spesialisthelsetjenesten.

##### §3 Medfinansieringsandel:

I ordningen med innsatsstyrt finansiering opereres det med flere faktorer. Blant annet opereres det med begrepet dagopphold. Skillet mellom dagopphold og poliklinisk behandling er etter kommunens synspunkter interessant da dette kan få stor betydning for utgiftene til kommunen. I utgangspunktet er det slik at enhver behandling på sykehus registreres under en hoveddiagnosegruppe. Under hoveddiagnosegruppen opereres det med undergrupper. Undergruppene har en DRG vekt som beskriver forventet kostnad til den type diagnose. Når sykehuset registrerer en behandling er det kun diagnosegruppen som blir registrert og tid brukt på de ulike behandlingene. Datasystemet (pasientregisteret) som regulerer transaksjonene mellom stat og sykehus (og kommunene etter 01.01.12) beregner da kostnaden til de ulike behandlingene. Dette er de 40 % ISF (innsatsstyrt finansiering) som sykehusene får til drift. Resten er rammeoverføring.

Ordningen baseres på at sykehusene registrer korrekt data på alle brukerne til enhver tid. Systemet er sårbart da dette forutsetter at sykehusene til enhver tid har oversikt over tidsbruken på den enkelte bruker. Alle som har erfart sykehusopphold vet at dette ikke er tilfelle. Ett eksempel: En bruker blir lagt inn på dagopphold. Målet med oppholdet er samtale med lege og blodprøvetaking. Dette kan gå fort, en samtale med lege kan for eksempel ta 15 minutter og blodprøvetakingen kanskje 10 minutter, mao ca 25 minutter tidsbruk. Spørsmålet er hvordan blir dette registret i sykehusets system. I utgangspunktet er det ett dagopphold men i faktisk tid er det 25 minutter. DRG koden og tidsbruken for nevnte bruker er det som følger med til pasientregisteret som grunnlag for økonomisk transaksjon. Hvordan registreres faktisk tid på sykehuset. Er det når samtalen med lege er ferdig eller når blodprøvetakingen er ferdig eller ligger det inne en standard beregning på hvor lang tid ett slikt besøk tar? Etter en kontroll på ett sykehus var det en feilkilde på ca 5 timer. Kommunen ville i dette eksempelet blitt belastet for 5 timer ekstra, dvs 500 % av kostnaden for denne DRG aktiviteten.

Det må antas at bakgrunnen for innleggelse på dag er sykehusets eget behov for fleksibilitet i bruk av legeressurser. Dette er forståelig, men representerer etter kommunens syn en usikkerhet om kommunen betaler for faktisk utført tjeneste.

I kommunal virkelighet heter det seg at man ikke skal anviser noen fakturaer som har ukjent innhold. En kommunal anvisning, dvs utbetalingsordre, skal gjennomgå en kontroll. Dette være seg spørsmål om kvaliteten holder lovet nivå, om volumet stemmer med faktisk bestilling, at det er budsjettmessig dekning og at prisen faktisk stemmer med bestillingen. Kommunens økonomirutiner må i så fall endres slik at rutinene ikke gjelder transaksjoner mellom kommune og helseforetak. Den eneste mulige form for kontroll er at kommunens innbygger selv ber om å få utskrift av egne data fra pasientregisteret.

Tilsynelatende kan man argumentere med at når Staten aksepterer ordningen bør det være akseptabelt for kommunene. I motsetning til ett helseforetak, har ikke kommunen noen som helst muligheter til å påvirke verken driftskostnadene til de enkelte avdelingene på ett sykehus eller innsyn i faktiske transaksjoner som foregår mellom de enkelte helseforetak og kommunen. Dette fremmer ikke etter kommunens synspunkter en helhetlig tilnærming til en god pasientflyt og felles ansvar for økt økonomisk gevinst mellom to likeverdige parter.

#### § 4 Generelle beregningsregler

Jfr diskusjonen ovenfor under § 3

#### § 5 Beregningsgrunnlag

Jfr diskusjonen ovenfor under § 3

#### § 7 I krafttredelse

Kommunal medfinansiering skal bidra til at kommunene skal endre sine tjenester til å arbeid mer forebyggende for på redusere innleggelser på sykehus. I utgangspunktet burde kommunen fått muligheter til å endre tjenestene før medfinansieringen inntreffer. Det tar som regel noe tid før gevinster er synlige. Utdringene til kommunesektoren i de siste årene har snarere vært å unngå nedleggelse av forebyggende tiltak.

### **3. Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften.**

Kommentert over

### **4. Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjeneste**

Ingen kommentar

### **5. Forslag til opphevelse av forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning**

Den nye loven medfører et klart behov for å harmonisere forskriftene som omfatter disponering av kontantytelser. I utgangspunktet ville institusjonene være tjent med å slippe å ivareta oppgaven med å disponere kontantytelser fra folketrygden for beboerne. Imidlertid er det problematisk å skaffe tilveie tilstrekkelig antall hjelpeverger slik situasjonen er i dag. Dersom forskriftene oppheves vil dette problemet øke. Mange pårørende ivaretar økonomien for sine på en god måte. Dessverre har kommunen også erfaring med at et lite antall pårørende disponerer midlene til seg selv slik at beboeren ikke får tilgang til tilstrekkelige midler for eget bruk. Hvorvidt forskriften skal opprettholdes for å beskytte disse beboeren er en vurderingssak.

Ås kommune går på bakgrunn av det ovenfor beskrevne inn for sekundærforslaget til ny forskrift.

Siden trivselsordningen er omtalt spesielt bemerkes følgende:

Midt i 4. avsnitt: ” *På rusinstitusjoner vil beboerne normalt være i tilstrekkelig fysisk form til å delta på turer og andre aktiviteter som krever ressurser. Det vil her trolig også være behov for aktiviteter ut over det et behandlingsopplegg kan tilby. Sykehjemsbeboere derimot, er i mange tilfeller svært svekket fysisk og mentalt. Det kan stilles spørsmål ved rimeligheten av å innføre ordninger hvor inntil 6,25 prosent av beboerens trygdemidler settes av til trivselstiltak som mange beboere ikke vil ha forutsetninger for å nyttiggjøre seg.*”

Trivselstiltak på sykehjem er svært populære. Om beboergruppen er svekket fysisk og mentalt, har de glede av ulike innslag av trivselstiltak. Dette er også en gruppe som ofte har vanskeligheter med å komme seg til ulike kulturtilbud være seg teater, kino, konserter eller annet. Det er derfor viktig at tilbudet finnes der de er, på sykehjemmet. Når sykehjemsbeboere spørres om hvordan de trives på sykehjemmet, er svaret ofte at det skjer for lite. Tilbudet må være tilpasset beboergruppen.

### **6. Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon**

Forskriften er gjort mer forståelig for bruker og er erstattet med regler om hvilke tjenester det kan kreves vederlag for i motsetning til hva det ikke kan kreves for.

**7. Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling**

Ingen kommentar

**8. Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon**

Positivt med en tydelig definering av hva som faller inn under institusjonsbegrepet.

**9. Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse**

Det oppleves positivt at helsepersonelloven nå gjelder alle som yter tjenester etter lov om helse og omsorgstjenesten.

**10. Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket**

Hensiktsmessig at denne retten til helse- og omsorgstjenester fremkommer i en samlet forskrift.

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

Ingen kommentar

**12. Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering**

Ingen kommentar

**13. Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtale for fysioterapeuter**

Ingen kommentar