

Brønnøy Kommune
Kommuneoverlegen

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

Det foreligger et høringsnotat med høringsfrist 6. oktober 2011.

Det er spesielt to forhold i notatet som krever kommentar.

Det ene angår utskrivingsklare pasienter.

Det andre angår kommunal medfinansiering.

Begge kommentarer angår først og fremst gamle og skrøpelige mennesker med sammensatte sykdommer med behov for sammensatte og flerfaglig oppfølging over nivåene i helsetjenesten

Utskrivningsklare pasienter:

I forslaget står det et en pasient er utskrivingsklar når følgende punkter er vurdert og følgende dokumentert i pasientjournal:

1. Problemstillingene ved innleggelsen slik disse er formulert av innleggende lege, skal være avklart.
2. Øvrige problemstillinger, skal som en hovedregel, være avklart,
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål, skal dette redegjøres for,
4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnoser samt vider plan for oppfølging av pasienten,
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse og forventet fremtidig utvikling, skal være vurdert,
6. dersom pasient har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for relevant kontakt etableres og plan for denne oppfølging beskrives.

Punktene 1-6 er etter Brønnøy kommunes oppfatning umulig å besvare på en faglig forsvarlig måte, uten at utskrivende spesialist har kontakt og drøfter problemstillingene med fastlege evt. sykehjemslege eller koordinerende enhet

Det er ikke gitt at fastlege har samme forventninger til innleggelse som innleggende lege . Innleggende lege kan godt være en tilfeldig vikar som har begrenset kunnskap om pasienten, ikke har kunnskap om hva som kan organiseres lokalt i stedet for innleggelse og har urealistiske forventninger om hva som kan løses ved en sykehusinnleggelse. Innleggende lege må kunne tilpliktes å rådføre seg med fastlege som sammen med koordinerende instans, skal kunne vurdere hva som kan etableres lokalt forut for en innleggelse eller istedenfor.

For en spesialist å vurdere plan for videre oppfølging av en pasient etter utskriving , uten å rådføre seg med fastlege og koordinerende enhet om hva som er mulig lokalt, er uforsvarlig praksis.

En bedre koordinering av tjenester i kommunen forut for innleggelse i sykehus og en bedre og mer strukturert samhandling ved tilbakeføring til kommunale tjenester, vil redusere behovet for innleggelse i sykehus og redusere antall "svingdørspasienter".

I Brønnøy har alle legene fast lønn uansett arbeidsfelt, om det er kurativt i fastlegeordningen, i samfunnsmedisin og forebyggende tiltak eller på legevakt.

Vi ser på fast lønn som en forutsetning for å kunne bruke legene der, når og til den virksomhet vi trenger dem mest.

Vi har brukt tid og krefter på å utvikle en fastlønnnet legetjeneste i kommunen.

Det er den som ivaretar alles interesser best, i alle fall i små og middels store kommuner.

Det er ved innleggelse i sykehus og ved overføring fra sykehus til kommunal helse og omsorgstjeneste ,vi taper mest i pasienthelse.

Her skapes unødvendig pleie og pasientens levetid og livskvalitet reduseres.

Her forringes også kommunens økonomi samt det fører til stress mot ressursene (institusjonsplasser, pleiere, leger, fysio-/ergoterapi o.a).

Det er lett å gjøre feil og foreta uhensiktsmessig utnyttelse av begrensede ressurser.

Også sykehuset taper i disse prosessene, både økonomisk og ressursmessig.

Det er ikke alltid hensiktsmessig slik det står under pkt 6.

Vi opplever til stadighet at gamle og skrøpelige pasienter blir henvist videre fra spesialisthelsetjenesten, selv om videre utredning ikke vil avdekke noe som kan hjelpe pasienten til bedre helse, ofte snarere tvert om.

Ved viderehenvisning bør alltid fastlegen og noen ganger koordinerende enhet, involveres for denne pasientgruppe.

Siden kommunen skal være med på finansiering av slike henvisninger og vi har begrensede midler til medfinansiering, er det viktig at vi har medvirkende kontroll .

Dersom forslag til forskriftsendring blir stående som i høringsnotatet, må kommunen sørge for at våre innsigelser blir med i de nye samarbeidsavtalene med Helgelandssykehuset som skal rullere i løpet av høsten.

I stortingsmelding 47 ble det presisert at nøkkelen til en vellykket samhandlingsreform lå i å få kontroll over fastlegene og deres virksomhet .

I det foreliggende høringsnotat, er dette utelatt.

Det er ille.

Ingen andre kan ivareta kommunen og dens innbyggere i saker av medisinske natur.

Høringsnotatet går langt i å gi utskrivende spesialist myndighet inn i det kommunale helse og omsorgsapparat.

Det ligger utenfor spesialistens fagfelt å vurdere.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling:
I høringsnotatet står det:

Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av hvor lenge en innleggelse antas å vare, og om pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse og omsorgstjenesten.

Ingen i spesialisthelsetjenesten har nødvendig faglig forutsetning alene til å gjøre forsvarlige vurderinger, uten å rådføre seg med fastlege og/eller koordinerende instans i kommunen.

Innen 24 timer skal kommunen varsles om innleggelsen, pasienten status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

Det må presiseres at kommunen i denne sammenheng er koordinerende enhet og fastlege

Dersom vurdering og varsling skal skje så raskt, må det etableres rutiner for hvordan spesialisthelsetjenesten skal kunne hente nødvendig informasjon fra koordinerende enhet og fastlege for sin vurdering og varsling.

Etablering av elektronisk samhandling vil være en forutsetning.

FUNNKe er en slik løsning som er under implementering på Helgeland.

Det er mange gode grunner til at slike vurderinger skal skje så raskt som mulig, men det er like viktig at beslutningene fattes på faglig forsvarlig grunnlag.

Krav til sikkerhet og faglig forvarlighet i beslutningsprosessene for helsepersonell, er hjemlet i "internkontrollforskriften"

Høringsnotatet sier intet om hvem som har ansvar for finansiering av nødvendig opplæring av kommunalt helsepersonell ved overføring av pasienter med spesielt krevende pleie til kommunal omsorg.

Trolig vil partene selv måtte dekke sine kostnader.

Når pasienten skal overføres fra dag 1 etter at han eller hun er meldt utskrivingsklar, vil behovet for opplæring øke.

Det er spesialisthelsetjenestens plikt med hjemmel i "sykehusloven" å forestå slik opplæring, men det står ikke noe om hvor dette skal skje.

For kommunene ville det være faglige og økonomiske fordeler ved at slik kompetanseoverføring skjedde i kommunen:

Vi slipper å ta nøkkelpersoner ut av jobb.

Kompetansen kan overføres til flere

Kommunen slipper reiseutgifter.

Kommunal medfinansiering:

Dessverre er det to forvaltningsnivå i helsetjenesten i Norge.

Tiltak som iverksettes lokalt i kommunen eller som fellestiltak mellom kommuner i stedet for innleggelse i sykehus, har ført til kostnader for kommunene.

Ferdigbehandlede pasienter har ført til kostnader for sykehuset.

Samhandlingsreformen skal endre på dette.

I Stortingsmelding 47 var det antydnet at basisbevilgning fra RHF til sykehusene skulle økes fra 60 til 70% .

30% av inntektene skulle komme gjennom isf. hvorav 20% eller 2/3 eller 20-22 mrd. skulle sluses gjennom kommunene som medfinansiering.

I høringsnotatet skal det brukes 4.2 mrd. til kommunal medfinansiering.

Basistilskuddet på 60% blir opprettholdt.

Isf finansiering på 40% blir kontinuert.

Kommunal medfinansiering på 20% blir foreslått, men kirurgi og fødselshjelp blir unntatt.

For Brønnøy blir det ca. 6.7 mill. til medfinansiering i 2012.

Pengene overføres til kommunene som frie midler som kan brukes til investering i nye tiltak som f. eks. LMS og nødvendig utstyr.

Det forutsetter imidlertid at kommunen behandler pasientene til under 1/5 av hva det koster å behandle den samme person i sykehus.

Kommunene får ingen basisbevilgning og får 1/2-del av isf sammenlignet med sykehus.

Kirurgiske pasienter som man velger å observere lokalt for eksempel i et LMS kan fortsatt bli en kostnad for kommunene.

Kommunehelsetjenesten må være svært faglig dyktige og kostnadseffektive dersom faglige kvalitetskrav skal kunne innfries under de økonomiske betingelser som høringsnotatet legger opp til.

Helsepersonell i kommunene vil fort komme i en situasjon hvor alle hensyn, unntatt økonomiske, tilsier at man må forsøke å holde pasienten i lokalmiljøet.

Det gjelder for eksempel gamle mennesker med kirurgiske lidelser etter fall og ved enkle bruddskader.

Samhandlingsreformen slik den er uttrykt, skal gi rett behandling på rett sted til rett tid.


Kommunene kan oppleve at de tiltak de iverksetter for å flytte mest mulig av behandling nærmest mulig pasient og bruker, når det er medisinsk forsvarlig, ikke lar seg gjennomføre av økonomiske og finansielle årsaker.

Høringsnotatet legger opp til en administrativ, faglig og økonomisk samhandling med sykehuset der definisjonsmakt i faglige spørsmål og felles økonomistyring i altfor høy grad ivaretar sykehusets interesser.

Vi forventer at KS sørger for en bedre balanse i maktforholdet og de nye samarbeidsavtalene som skal inngås blir mellom likeverdige parter

Brønnøysund 20. september 2011

Tore Dahl

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tore Dahl', written over the printed name.