



Brønnøy kommune

Rådmannen

Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref:
2010/1508-13

Arkivkode
024

Saksbehandler
Grete Bang, direkte tlf: 75 01 23 12

Dato
05.10.2011

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

Brønnøy kommune har hovedsakelig høringsuttalelse knyttet til Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og Ny forskrift om kommunal medfinansiering.

Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

I forslaget § 4 står det at ...”en pasient er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinskfaglig vurdering”.

Dette er etter Brønnøy kommunes oppfatning vanskelig 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 eller i stedet for, en innleggelse.

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”.

Postadresse:

8905 BRØNNØYSUND

E-post:

postmottak@bronnøy.kommune.no

Besøksadresse:

Rådhuset

Internett:

www.bronnøy.kommune.no

Telefon: 75 01 20 00

Telefaks: 75 01 20 01

Bankkto.: 45340500117

Org.nr.: 964983291

I Brønnøy kommune har alle legene fastlønn uansett arbeidsfelt, om det er kurativt i fastlegeordningen, i samfunnsmedisin og forebyggende tiltak eller på legevakt. Vi ser på fastlønn som en forutsetning for å kunne bruke legene der, når og til den virksomhet vi trenger dem mest.

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. Å unngå unødvendig innleggelse vil etter vår vurdering, skåne pasientene.

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

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

Vi har opplevd 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. Da kommunene skal være med på finansiering av slike henvisninger og vi har begrensede midler til medfinansiering, er det svært viktig at kommunene sikres medvirkende kontroll.

Dersom forslag til forskriftsendring blir stående som i høringsnotatet, må kommunene sørge for at overnevnte betraktninger blir med i de nye samarbeidsavtalene med Helgelandssykehuset som skal inngås innen 31.1.2012.

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 beklagelig, da kommunen mener at fastlegene best kan ivareta kommunen og dens innbyggere i saker av medisinsk natur.

Høringsnotatet går langt i å gi utskrivende spesialist myndighet inn i det kommunale helse og omsorgsapparat. Det ligger utenfor spesialistens fagfelt å vurdere. Dette bryter også med et grunnleggende prinsipp; den som skal betale, må også sikres tilstrekkelig myndighet.

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, pasientens 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. Gjennom prosjektet FUNNKe vil en slik løsning bli implementert 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”

Kommunene skal ihht forslaget § 5, gi tilbakemelding til sykehuset straks når beskjed om utskrivningsklarhet kommer fra foretaket. Brønnøy kommune mener det fremkommer ikke hva som legges i begrepet straks. Vi tør minne om at kommunal saksbehandling, herunder planlegging av tjenestetilbud, nødvendigvis ikke samsvarer med forslagets krav om straks tilbakemelding.

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 utskrivningsklar, vil behovet for opplæring øke.

Det er spesialisthelsetjenestens plikt med hjemmel i ”sykehusloven”(lov om spesialisthelsetjenesten) å forestå slik opplæring, men det står ikke noe i forslaget 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.

Hvordan kompetanseoppbyggingen skal foregå, må også tas med i den enkelte avtale mellom kommunen og helseforetaket.

Ny forskrift om kommunal medfinansiering:

I Stortingsmelding 47 var det antydning 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 kommune blir det ca. 6.7 mill. til medfinansiering i 2012.

Pengene overføres til kommunene som frie midler som også 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.

Av forslaget fremkommer det at departementet fastsetter nærmere avgrensning av somatiske pasientgrupper som omfattes av kommunal medfinansiering. Endringer i regelverket for innsattsstyrt finansiering påvirker utbetalingen innen ordningen. Kommunene har ingen påvirkningsmuligheter på endringer i regelverket, og det fremkommer ikke hvordan departementet vil korrigere for skjevheter. Dette vil etter Brønnøy kommunes vurderinger, gi svært utfordrende budsjettstyring.

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.

Øvrige kommentarer:

Både kommunal medfinansiering og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter, forutsetter at relevante data om spesialisthelsetjenesten gjøres tilgjengelig for kommunene, og brukes som grunnlag for det økonomiske oppgjøret. Det skal også legges opp til en innretning som understøtter kommunenes behov for styring og kontroll.

Det framgår ikke av forskriften hvordan dette skal foregå. Kommunene må ha tilgang til detaljerte opplysninger om innleggelses og utskrivingsklare pasienter, for å kunne kontrollere det økonomiske oppgjøret. Det virker lite klart hvordan ordningen skal praktiseres, noe som nevnt tidligere, øker vanskelighetsgraden i kommunal økonomistyring.

Det stilles videre spørsmål i høringsnotatet om behov for forskrift om institusjoners disponering av kontantytelser fra folketrygden. I praksis er ikke behovet stort for en slik forskrift, men når behovet er til stede for institusjonen å disponere kontantytelser fra folketrygden for en pasient, vil er forskriften viktig. Konklusjonen er at det fortsatt er behov for denne forskriften.

Forskrift om felles trivselsordning bør videreføres. Det vurderes som viktig at institusjonene er bevisst forhold knyttet til beboernes trivsel.

Forskrift om vederlag for kommunale helse og omsorgstjenester i institusjon skal gjennomgås og ny forskrift kommer. Brønnøy kommune vil allerede nå signalisere at man i ny forskrift må få belyst betaling/vederlag for opphold for ”akuttpasienter”. Slik forskriften er i dag, må alle betale for opphold, enten dagopphold, nattopphold, korttidsopphold eller langtidsopphold. Pasienter som legges inn på sykehus betaler ingenting. Dette kan bli et argument for pasienten for å få sykehusinnleggelse i stedet for innleggelse i kommunal institusjon.

Brønnøy kommune vil forholde seg til dagens regelverk og vil kreve vederlag for korttidsopphold for denne pasientgruppen.

Det foreslås ikke forskrift om kompetansekrav. Det er derfor viktig som foreslått, at krav om sykepleietjeneste blir beholdt i sykehjemsforskriften.

Med hilsen

Anne-Bjørg Aspheim
Rådmann

Grete Bang
fagkonsulent

Kopi til:

Anne-Bjørg Aspheim
Aud Helene Dragland
Tor Arne Høiås
Tove Karin Solli
Astrud Dahle
Tore Dahl