



HOLMESTRAND KOMMUNE
VIKRSOMHET HELSE OG OPPVEKST

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement Att. Elisabeth Salvesen,
P.b. 8011 Dep,
0030 OSLO

Saksbehandler: Ole Johan Bakke **tlf.dir.:** 33 06 43 00/316

Deres ref.:

Vår ref.: 10/423-7 / 11/5907

Arkiv: G00

Dato: 03.10.2011

-

SAMHANDLINGSREFORMEN - FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV PROP. 91 (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, HØRINGSUTTALELSE FRA HOLMESTRAND KOMMUNE.

Kommunens hørings svar sendes som et foreløpig administrativt dokument. Endelig politisk behandling vil bli ettersendt.

Det vises til høringsbrev av den 04.07.2011 med høringsfrist den 06.10.11, samt til vår høringsuttalelse til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra høsten 2010.

Generelt følger dette høringsnotatet med forskriftsendringer opp høringsnotatet til lovforslaget, vedtatt lov og til dels nasjonal helseplan. Slik sett følges forslaget om opphevelse av det juridiske skillet mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene. Samtidig defineres en rekke av de tjenestene som tidligere er gitt i hht. Sosialtjenesteloven som helsetjenester. Dette bidrar til en bedre juridisk avklaring av, og trygghet omkring, hva slags tjenester helsetjenesten i kommunene faktisk yter.

Høringsnotatet bærer i stor grad preg av HOD sin oppfatning av at myndighetskrav i seg selv er det som skal til for å fremme samhandling i helsetjenesten. Det er viktig å presisere at dette kun er et av mange elementer som sikrer god samhandling, og ikke det eneste hvor staten har et viktig ansvar. Statlig ansvar for ressurser i form av økonomi og utdanning av kvalifisert personell, og spesielt en riktigere fordeling av disse typene ressurser mellom nivåene i helsetjenesten, er viktigere statlige premisser for god samhandling.

Det er svært positivt at forskriftene kommer samtidig med innføring av nytt lovverk.

Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter;

Det refereres i høringsnotatet til Prop. 91 L om at det er viktig å unngå unødige innleggelser. Samtidig knesetter §4 prinsippet om at det er sykehuset som avgjør når en pasient er ferdigbehandlet, hvilket er i hht. vanlig tradisjon for samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Det er viktig at retten til (re-)innleggelse etter vurdering av lege i kommunal helsetjeneste ikke svekkes som en funksjon av lovendring og ny forskrift. Dette understøttes av Prop. 91 L sine sterke presiseringer av behovet for å sikre kvalitet for pasientene ved denne endringen i ansvar for

kommuner og helseforetak. Den medisinske forsvarlighetsvurderingen må således vektles like tung i primær- og sekundærhelsetjenesten.

Vi savner både en drøfting av, og evt. forskriftsregulering av, hvilke medisinske tjenester pasienter som skrives ut ferdigbehandlet dag én skal sikres ved mottak i kommunehelsetjenesten.

Vi støtter forslagene til prosedyrer i spesialisthelsetjenesten når en pasient forventes å ha behov for hjelp i kommunen. Vi mener imidlertid at det bør presiseres at dette også skal gjelde behov for oppfølging av fastlege snart etter utskrivning, idet også denne vil ha behov for tilsvarende varslingskommunikasjon til kommunen må således både gå fra helseforetak og til tjenestekontor e.l., fastlege og kommuneoverlege. Med gjennomsnittlig liggetid i sykehus på kun få dager, kan ikke fristen for varslingskommunikasjon være mindre enn 24 timer. Vi støtter også at definisjonen av utskrivningsklarhet skal være en individuell medisinsk faglig vurdering, liksom det samme gjelder for innleggelse i sykehus.

Kravene i §5 om at kommunene skal gi tilbakemelding straks beskjed om utskrivningsklarhet har kommet fra helseforetaket er vanskelig å imøtekomme innen aktuelle rammer. Kommunene må gis tid til saksbehandling og vurdering sammen med fastlege og kommuneoverlege. Saksbehandlere og fastleger arbeider ikke helger og høytider, kommuneoverleger er i kontinuerlig beredskap, men for helt andre oppgaver. I sykehus vil vaktordningene gjøre det mulig å gjøre vurderinger m.h.t. utskrivningsklarhet, og sende elektronisk melding om dette, døgnet rundt 365 dager/år. Kommunene må således i forbindelse med helg og høytid gis større tidsrom for saksbehandling og tilbakemelding. Alternativet er å innføre vaktordninger for ovennevnte grupper personell i kommunene for denne type arbeid.

Når det avklaring m.h.t. utskrivningsklarhet for enkeltpasienter ser vi for oss at det vil være et rom mellom regelverket, individuell vurdering av lege i sykehus og klagebehandling hos Fylkeslegen. Det er således viktig av de lokale avtalene etablerer gode fora mellom kommunene ved saksbehandler, kommuneoverlege og evt. fastlege og helseforetaket hvor en likeverdige kan drøfte de mer kompliserte sakene.

Følgende vil gi økt ressursbehov i kommunene;

- Samfunnsmedisinsk analysekapasitet
- Saksbehandlerkapasitet for raskt mottak av nye pasienter med store medisinske og pleiemessige behov
- Institusjonsbehandling av pasienter overført utskrivningsklare dag én som kan koste mer enn 4.000,-/døgn

Forskrift om kommunal medfinansiering;

Det er en konflikt mellom høringsnotatets presisering av at det er en medisinsk faglig vurdering som bestemmer hvor pasientene skal få behandling og hvilket omfang behandlingen skal ha vs. intensjonene om at kommunene skal bygge ut kostnadseffektive tilbud som kan gi pasientene et alternativt tilbud. Overgangen mellom behandling i sykehus og kommunehelsetjenesten vil således kreve en balansegang, ikke bare med stor faglig kompetanse, men også enighet i alle fagmiljøer (fastleger, legevaktsleger, sykehjemsleger, fengselsleger osv) om hvilke behandlingstilbud som skal benyttes til enhver tid. Dette vil gi kommunehelsetjenesten store utfordringer.

Det incitament den kommunale medfinansieringen gir til kommunene m.h.t. økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid støttes. Det er imidlertid viktig at det stilles ressurser til rådighet for kommunene i mange år for dette arbeidet, idet gevinstene hentes ut først etter mange år.

ISF-regelverkets konkretisering gjennom oppdragsdokumenter til RHF'ene må også rette seg mot kommunene for å skape likeverd i forventninger, forvaltning og tolkning. Høringsnotatets presisering av at det legges opp til en innretning som understøtter kommunenes behov for styring og kontroll kan vanskelig forstås annerledes enn at HOD innser at den økonomiske og samfunnsmedisinske faglige oppfølgingen av dette i kommunene skal finansieres, idet dette krever ny kapasitet i kommunene.

Forslag til endringer i pasientregisterforskriften;

Vi innser at de foreslåtte endringene i NPR er nødvendige for å gjennomføre ordningen med kommunal medfinansiering, men vi beklager samtidig at dette blir nok en runde med økte personvernulempet for pasientene.

Vi undres imidlertid over at innhenting av informasjon til NPR kun skal gjøres fra helseforetakene. Informasjon bør innhentes også fra fastleger og øvrig kommunal helsetjeneste, før og etter innleggelse i sykehus, for å sammenholde registrering av diagnoser og funksjonsnivå, behov for helsetjenester på ulike nivå.

Det er viktig at NPR innrettes slik at det mulig å skille mellom de oppholdene hvor kommunene har/ikke har betalingsplikt.

Disponering av kontantytelser fra folketrygden;

Vi støtter forslaget om at pasienter som selv ikke er i stand til disponere sine midler bør få hjelp og bistand av nærmeste pårørende eller av hjelpeverge

Det er imidlertid viktig å påpeke at hjelpevergeordningen ikke fungerer tilfredsstillende idet den er for svakt finansiert. Delvis derfor er det vanskelig å skaffe uhildede hjelpeverger. Således må overformynderiene tilføres nye midler som følge av ordningen.

Det er trolig ikke behov for dagens regulering av trivselstiltak, og ordningen bør således oppheves, mulig med unntak av for rusomsorg.

Vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon;

Vi støtter forslaget om at regelverket innrettes slik at det beskriver hvilke tjenester det faktisk kan kreves vederlag for.

Det er imidlertid nå en rekke tilstander av alvorlig art som krever høykompetent og intensiv medisinsk og pleie- og omsorgstjeneste som gjøres i hjemmene til pasientene. Den medisinske og teknologiske utviklingen har således for en stor del visket ut skillet mellom tjenester gitt i institusjon og i hjemmene. Dette forskriftsforslaget tar ikke disse endringene inn over seg.

Vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling;

Når det ikke foreslås endringer her tolkes dette som støtte til den massive motstand mot endring i retning av mindre aktivitetsbasert økonomi i fastlegeordningen som kom spesielt fra kommunene i høringen til ny helse- og omsorgslov. Denne konklusjonen støttes fullt ut.

Ulovlig oppholdende innvandrere/flyktninger må få dekket helsehjelp til honorartakst for å harmonisere med øvrige rettigheter/lovverk fra de samme gruppene. Dette er mennesker i stor nød, ofte uten mulighet for elektroniske betalingsmedier. Det er viktig at egenandelsproblematikken ikke blir et hinder for at disse menneskene i nød får helsehjelp.

Forskrift om institusjon i den kommunale helsetjenesten. Hva skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven;

Rusmisbrukere har et betydelig underforbruk av helsetjenester på tross av betydelig oversykelighet av både somatisk og psykisk art. Pasienter i øvrige boliger med heldøgns pleie- og omsorg har også oftest et betydelig behov for helsetjenester. Det er således ikke rimelig at disse gruppene holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven og helsepersonellovens bestemmelser. Vi forslår således også at boliger for rusmiddelavhengige, i likhet med boliger for barn, bør defineres som helseinstitusjoner. Dette vil være i tråd med innholdet i en stor del av tjenestene som ytes pasientene, samt tidligere overføring av pasientenes rettigheter til helselovgivningen.

Omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjenester er ofte bebodd av pasienter med nesten like komplekse og alvorlige lidelser som pasienter som bor i sykehjem. Sykehjemmene har flere demente pasienter, mens de ulike helsetilbudene skiller seg mindre fra hverandre hva gjelder somatisk sykdom. Fastlegene har ofte hyppige besøk og øvrig tett samarbeid med disse boligene, og vil få det i økende grad i hht. politiske bestillinger innen rammen av samhandlingsreformen. Vi savner derfor en drøfting av å definere også omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjenester som institusjon.

Helsepersonellovens anvendelse. Dokumentasjonsplikt for personell som yter tjenester som ikke er å anse som helsehjelp;

Vi er enige i vurderingen av at det uheldig at ulike typer personell yter helsetjenester overfor samme (gruppe) pasient(er), men har ulike plikter etter lovgivningen. Den oppryddingen som her gjøres ved at tjenestene i større grad defineres som helsetjenester, hvilket de egentlig er, støttes således. Pliktene for ikke-helsepersonell etter helselovgivningen støttes således.

Det har i mange år vært krevende å få definert hvilke tjenester som er å anse som helsehjelp. Nytt lov- og forskriftsverk søker i noen grad å rydde opp i dette. Det vil imidlertid fortsatt være gråsoner som er vanskelig å definere, men som det for pasientene vil være viktig at journalføres, både i et helsemessig og et rettssikkerhetsmessig perspektiv. Vi anbefaler derfor at alle typer personell underlegges den samme dokumentasjonsplikt for alle relevante tjenester til pasientene. Det må imidlertid åpnes for at journalansvarlig samler nedtegninger fra annet personell.

Forslag til endringer i forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse;

Forslagene til endringer støttes.

Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket;

Her burde rett til undersøkelse og behandling ved poliklinikker og privatpraktiserende behandlere etter honorartakst vært knesatt som prinsipp for denne gruppen sårbare pasienter. Ref. ovenstående.

Økonomiske konsekvenser for kommunene;

- Barn; kan få store konsekvenser for enkeltkommuner.
- Omsorgstjenester; kan få konsekvenser for mange kommuner
- Konsultasjoner i helsetjenesten; kan få konsekvenser for en rekke polikliniske og private behandlere, ref. egenandelsproblematikk.

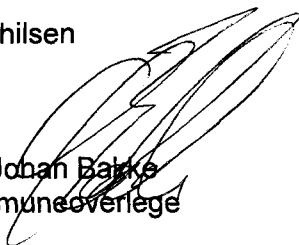
Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet;

Vi undres over hvorfor koordinator i spesialisthelsetjenesten bør være lege, mens det ikke er slik i kommunene. Samtidig minner vi om at HOD ved flere anledninger har stoppet forslag om finansiering av fastlegers deltakelse i arbeid med individuell plan, dette fremstår uforståelig for kommunene, og vi ber om at dette innarbeides i Normaltariffen ved tilførsel av friske midler.

Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler til fysioterapeuter;

Det er viktig å være klar over at den omleggingen av finansieringssystemet for fysioterapi i kommunehelsetjenesten medfører en til dels kraftig kapasitetsreduksjon idet incitamentet for arbeid utover det tilmålte antall driftstilskuddstimer. Den reduserte aktivitetsbaserte økonomien gir mindre kapasitet og fleksibilitet i tjenesten. Når staten gjør slike grep må det følges av økte overføringer til kommunene for opprettelse av flere hjemler for at pasientene ikke skal bli skadelidende.

Med hilsen



Ole Johan Bakke
Kommuneoverlege