



Sandnes, 11.10.2011

Deres ref:
Saksbehandler HPTO

Vår ref:
Arkiv:

Høringsvar – Samhandlingsreformen. Forskrifter til Helse og omsorgsloven.

Forskrift om kommunal medfinansiering

Sandnes kommune er enig i at det er behov for utvikling av nye tilbud i kommunehelsetjenesten og at det kan gjøre det mulig å gi en del pasienter et bedre tilbud i kommunen enn å bli lagt inn på sykehus. Utvikling av nye tilbud i kommunehelsetjenesten må imidlertid ha et bedre finansieringsgrunnlag enn de midlene som passerer gjennom kommunen under en ordning med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester.

Det foreslås forskriftsfestet en avgrenset modell for kommunal medfinansiering. Ordningen gjelder bl a ikke privatpraktiserende avtalespesialister og opphold i private opptreningsinstitusjoner.

Avtalespesialister og privat opptreningsinstitusjoner er svært ujevnt fordelt på landsbasis. Man innfører derfor en større betalingsbyrde på kommuner hvor avstanden til slike tilbud er stor.

Det er forskning som viser at de unødvendige innleggelsene ikke lar seg identifisere på innleggelsestidspunktet. Et forsøk på å begrense antall innleggelser kan derfor like gjerne ramme nødvendige som unødvendige innleggelser. Disse innleggelsene må ikke forveksles med den pasientgruppen som ikke kan behandles hjemme, men der det på innleggelsestidspunktet er avklart at behandling eller observasjon på institusjon kan utføres av kommunehelsetjenesten.

En avgrenset modell for kommunal medfinansiering av sykehusbehandling, kan indirekte definere pasientgrupper som kan få redusert tilgang til sykehustjenester. Den valgte avgrensingen indikerer at dette i særlig grad kan gjelde våre eldste og skrøpeligste. Dette kan i verste fall bety nedprioritering av sykehusbehandling for pasientgrupper som trenger det aller mest.

Denne forskriften sammen med forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter kan, med de avgrensingene som foreslås, representere et insentiv for foretakene til kortvarige innleggelser hvor pasienten raskt defineres som utskrivningsklar, for så å bli reinnlagt etter kort tid, da dette vil maksimere den kommunale betalingen. Det er også krevende at kommunene skal medfinansiere spesialisthelsetjenestens egengenererte henvisninger i form av henvisninger mellom avdelinger eller ved at pasienter settes opp til nye kontroller ved samme avdeling.

Selv om departementet presiserer at vurderingen av hvor pasienten skal få behandling og i hvilket omfang, skal ta utgangspunkt i en medisinskfaglig forsvarlighetsvurdering, og ikke som følge av ulike finansieringsordninger. Sandnes kommune er sterkt bekymret for utilsiktede effekter av denne

ordningen, og mener at den burde vært prøvet ut og evaluert før det ble innført som et nasjonalt system.

DRG skal være grunnlaget for beregningene, og på dette området har kommunene mangelfull kompetanse. Dette betyr at foretakene som kan DRG på fingerspissene, vet hvor lenge man "tjener" på en DRG-kode, vet hvilke koder som skal prioriteres hos pasienter med sammensatte lidelser og vet at kommunene har et nesten ubegrenset betalingsansvar.

Det er helt nødvendig at fylkesmannen får en revisjons- og kontrolloppgave, og at det legges til rette for kontinuerlig evaluering og kontroll med produksjonen i foretakene.

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 av forebyggende og helsefremmende tiltak kan hentes ut først etter mange år.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Sandnes kommune finner det betenkelig at definisjonsmakten på det å være utskrivningsklar legges til sykehuset alene. Vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar, forutsetter også kunnskap om videre tilbud faglig sett kan gis i kommunen. Vår erfaring er at sykehus har andre forventninger til hva kommunale helse- og omsorgstjeneste kan håndtere. Denne utfordring ville vært mindre dersom man bygget på konsensus i hvert enkelt tilfelle om når pasienten er utskrivningsklar.

I dag er partsforholdet asymmetriske med stor makt til foretakene. Av samme grunn vil Sandnes kommune be om at fylkesmannen får i oppgave å føre kontroll med at grensen for "utskrivningsklar" ikke flyttes til det uforsvarlige. En pasient bør uansett ikke kunne defineres som utskrivningsklar før epikrisen er skrevet.

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. 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 vektes like tungt i primær- og sekundærhelsetjenesten.

Kommunikasjonen til kommunen må således gå fra helseforetak til både tjenestekontor i kommunen og fastlege. Med gjennomsnittlig liggetid i sykehus på kun få dager, kan ikke fristen for varsling av kommunale instanser være mindre enn 24 timer.

Sandnes kommune støtter også at definisjonen av utskrivningsklarhet skal være en individuell medisinskfaglig vurdering, liksom det samme gjelder for innleggelse i sykehus.

Kommunene må gis tid til saksbehandling og vurdering sammen med fastlege. Saksbehandlere og fastleger arbeider ikke helger og høytider. I sykehus vil vaktordningene gjøre det mulig å gjøre vurderinger m.h.t. utskrivningsklarhet, og sende elektronisk melding om dette, døgnet rundt. Kommunene må således i forbindelse med helg og høytid gis større tidsrom for saksbehandling og tilbakemelding.

Det er viktig at de lokale avtalene etablerer gode fora mellom kommunene ved saksbehandler, kommuneoverlege og helseforetaket hvor en likeverdig kan drøfte de mer kompliserte sakene.

I noen tilfeller vil selv dagkirurgiske inngrep kunne medføre betydelig svekkelse av evnen til å kunne fungere selvstendig og redusere ADL aktiviteter betydelig, slik at behov for hjelp fra kommunal helsetjeneste vil være påkrevd. Slike situasjoner synes ikke ivaretatt i forskriften. .

Fakturagrunnlaget for utskrivningsklare pasienter må kommunene få raskt og det må være lett tilgjengelig. Vår erfaring er at fakturagrunnlaget ofte er feil og kommunen må korrigere betydelige beløp.

Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Sandnes kommune merker at departementet ikke generelt vil definere som institusjon under denne forskrift pleie- og omsorgsboliger med behov for heldøgns tjenester. 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. Vi savner derfor en drøfting av å definere også omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjenester som institusjon.

Kommunene har utviklet et vidt spekter av botilbud for pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester. Både innen psykisk helse- og rusfeltet er det ulike typer omsorgsboliger som betraktes som personens eget hjem. Dermed gis tjenester ut fra enkeltvedtak og leieforholdet reguleres av husleieloven. Vi mener begrepet ”bolig med heldøgns omsorgstjenester” derfor kan skape uklarhet om et bofelleskap er en institusjon eller ikke. En godt tilrettelagt og skreddersydd tjeneste til leietaker i omsorgsbolig kan innebære helse-/omsorgstjenester mange ganger pr døgn, også om natt, uten at det nødvendigvis er noe stasjonært personale tilstede kontinuerlig i boligen/bofelleskapet (som i en institusjon).

Når det likevel foreslås å definere en type institusjon (§1 d) som ”bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige” så virker ikke dette like klargjørende. Vi stiller spørsmål ved om det er klokt å definere noen av kommunens tjenestemottakere til ikke nødvendigvis å trenge enkeltvedtak, men likevel en type omsorgstjeneste i omsorgsinstitusjon. Vi ønsker minst mulig oppsplitting av kommunens tjenestemottakere ift diagnose eller rus/ikke-rus og er derfor usikker på om dette pkt §1 d) er hensiktsmessig. Rusbehandling er helsetjenester i helseforetak, så det bør være tilsvarende tenkning som viser igjen i framtidig kommunep praksis.

Rådmannen i Sandnes

Elin Selvikvåg
Kommunaldirektør levekår

Hans Petter Torvik
kommuneoverlege

