

HØRINGSSVAR TIL NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV PROP. 91 L (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

ORKidé er Ordfører- og rådmannskollegiet for 11 kommuner på Nordmøre, har følgende kommentarer til forskriftsforslagene. Forslaget har fått sin tilslutning hos deltakerkommunene. Disse kommunene er: Sunndal, Surnadal, Halså, Rindal, Eide, Gjemnes, Tingvoll, Kristiansund, Aure, Smøla og Averøy.

Generelle kommentarer:

- ORKidé opplever at flere av de utsendte høringsdokumentene viser at det fortsatt er helseforetakene som skal ha definisjonsmakten. Det blir en stor utfordring å bevise i praksis at likeverdigheten blir reell, og at partene opplever dette i de forhandlinger som skal foregå, og i den daglige samhandlingen som må være der for at innbyggerne skal oppleve helhetlige og sammenhengende pasientforløp.
- ORKidé er usikker på om de utsendte høringsdokumentene er til god nok hjelp i kommende implementeringsfase. Usikkerheten går også på de økte rammene som er skissert for kommunene i tilstrekkelig grad kompenserer for de økte kostnadene som vil komme. Vi venter at helseforetakene vil omstille sine tjenester, og slik frigi helsepersonell til kommunal sektor, og at sjukehusa er villige til å bistå konstruktivt med å bygge både kompetanse og beredskap i kommunene.
- ORKidé synes det er svært uheldig at ikke ny fastlegeforskrift ikke fremmes samtidig med de andre forskriftene. Da fastlegenes rolle er en kritisk faktor i reformen.

Konkrete kommentarer – det som står med uthevet skrift:

Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

§ 1 Virkeområde

Forskriften regulerer kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen somatikk innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

Det samme gjelder for utskrivningsklare pasienter ved private sykehus som er omfattet av avtale mellom det regionale helseforetaket og sykehuset, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjettede ledd. Forskriften gjelder ikke for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og private opptreningsinstitusjoner.

Dersom det antas at det er behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal følgende prosedyrer følges:

- a) Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av hvor lenge innleggelsen 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.

Forslag til endring: Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av hvor lenge innleggelsen antas å vare, samt at det gjøres en første funksjonsvurdering.

Siste del av forslag til formulering som er utsendt, kan oppfattes slik at det er spesialisthelsetjenesten som skal foreslå om pasienten skal ha et tilbud hjemme eller i institusjon. Det er grunnleggende at det er kommunen som skal bestemme hvilket tjenestetilbud pasienten skal ha i kommunen.

§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

ORKidé mener at det ikke kan være slik at spesialisthelsetjenesten alene kan definere når en pasient er utskrivningsklar. I tillegg er det vesentlig uklarheter i teksten i forskriften:

“En pasient er utskrivningsklar når (medisinsk ansvarlig) lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinsk faglig vurdering.

Når en pasient er definert utskrivningsklar, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommunen.”

Hva betyr umiddelbart? Uten forsinkelse? Når som helst?

ORKidé vil anbefale at begrepet “utskrivningsklar” fra den gamle forskriften blir brukt også i ny forskrift:

”En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

- 1. Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart.**
- 2. Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal som 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 diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten.**
- 5. Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert.**
- 6. Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.**

Formuleringen i § 4, første ledd kan oppfattes som at det settes likhetstegn mellom utskrivningsklar og at en pasient er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Om en pasient er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, bør han først være utskrivningsklar når:

- når kommunen har mottatt nødvendig informasjon for å etablere et forsvarlig tilbud.**
- når nødvendig kompetanseoverføring er sikret og veiledning fra HF overfor kommunens fagpersoner er avtalt.**

§ 5 Kommunens ansvar

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten fra den datoen det er varslet om utskrivning, jf. § 3.

Kommunen skal etter å ha mottatt melding fra spesialisthelsetjenesten om en utskrivningsklar pasient, jf. § 4 tredje ledd, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Kommunen skal avgi svar straks. (**Hva betyr straks? Innen 24t? Innen 2 døgn?**) Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar. 25

Dette punktet i forskriften forutsetter at kommunen har døgkontinuerlig beredskap for behovsvurderinger, samt at det eksisterer effektive IKT-system for god flyt av informasjon. Dette er ennå ikke tilfelle for alle kommuner, og det betyr at effektiv kommunikasjon mellom sjukehus og kommune er komplisert. IKT er en forutsetning for en vellykket reform med nye pasientforløp.

Kommunene har ikke døgkontinuerlig beredskap for å beslutte mottak av pasient. Kommunene kan ta imot utskrivningsklare pasienter på kveld og helg dersom dette er avtalt med kommunens tildelingsenhet på dagtid. Mottak av pasient kan ikke avtales med kommunen på kveld, natt og helg. Dette punktet må tydeliggjøres i den nye forskriften, for dette har konsekvenser for både pasientsikkerhet og for når betalingsplikten til kommunen inntreffer.

§ 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

Betalingsplikten inntreffer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar og de øvrige vilkårene i §§ 3 og 4 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om de ikke kan motta pasienten, jf. § 5 andre ledd. Spesialisthelsetjenesten skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister når vilkårene i første ledd er oppfylt.

Tidspunktet for betalingsplikt virker ikke funksjonell sett fra kommunens ståsted. Tidspunktet for betalingsplikt burde ideelt ses i sammenheng med kommunens muligheter til å etablere et forsvarlig tilbud.

Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

§ 1 Virkeområde

Forskriften regulerer kommunens medfinansieringsansvar for egne innbyggers behandling i spesialisthelsetjenesten.

Forskriften gjelder innleggelser i spesialisthelsetjenesten, og poliklinisk utredning og behandling.

Forskriften gjelder ikke privatpraktiserende avtalespesialister, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og opphold i private opptreningsinstitusjoner.

§ 2 Medfinansieringsplikt

Kommunen skal finansiere deler av egne innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester innen somatikk etter den medfinansieringsprosent som til enhver tid gjelder, jf. § 3.

Kommunal medfinansiering gjelder ikke for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Departementet fastsetter nærmere avgrensning av somatiske pasientgrupper som omfattes av kommunal medfinansiering i henhold til regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

§ 3 Medfinansieringsandel

Betalingsplikten etter § 2 første ledd er 20 prosent av enhetsprisen for ett DRG-poeng.

Medfinansieringsansvaret etter første ledd er avgrenset til 20 prosent av inntil 4 DRG-poeng for en enkeltbehandling.

Kommentarer:

- **Betalingsplikten bør være avhengig av at kommunene har en reell påvirkningsmulighet på hva kommunene skal medfinansiere. Slik forskriften framstår, skal kommunene betale ut fra et beregningsgrunnlag som påvirkes og håndteres av spesialisthelsetjenestens diagnosesystem. Foruten kommunenes uforutsigbare situasjon i forhold til antall innbyggere som legges inn i sykehus, blir også beregningsgrunnlaget svært uforutsigbart i og med at spesialisthelsetjenesten sitter med definisjonsmakta. Ei reell problemstilling er for eksempel at sykehusene iverksetter tiltak som kan medføre flere innleggelser, mens kommunene jobber for å redusere innleggelser – å påvirke oppgavefordelingen er for kommunene avgjørende for i større grad å kontrollere medfinansieringen. § 1 bør ta høyde for denne utfordringen.**
- **Det bør i forskriften for fastlegene fanges opp at fastlegene er forpliktet delta i utarbeidelsen av og til å følge nye utviklede pasientforløp.**
- **Kommunal medfinansiering ut fra DRG systemet tar ikke høyde de økonomiske konsekvensene samhandling mellom systemene medfører i og med at kostnader knyttet til økt samhandling ikke er en del av kostnadsvektene i DRG systemet, jfr. forskriften om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.**
- **Medfinansieringsforskriften burde vært utsatt inntil kommunene har bygd opp realistiske, alternative tilbud, og i alle fall inntil helseforetakene og kommunene har undertegnet avtaler som substansielt omhandler både inn- og utskrivingspraksis. Pr i dag er avtaleinngåelsene i Møre og Romsdal utsatt til 01.03.12, og de substansielle avtalene skal utvikles i løpet av 2012/2013**
- **ORKidé er også skeptisk til at medfinansieringsansvaret også omhandler poliklinisk behandling. Dette kan føre til at det blir svært uoversiktlig når en pasientbehandling er avsluttet og den kommunale medfinansieringen opphører. I tillegg kan en stå i fare for å etablere incentivsystem for unødvendige polikliniske behandlinger. Transportkostnader og kostnader for følgepersonell kan også bli en utfordring for kommunene.**
- **Kommunene er dessuten svært forskjellig hva gjelder lokal kompetanse, kapasitet og spesielle utfordringer i befolkningen. Det oppleves usikkert hvorvidt dette ivaretas av forskriftens bestemmelser.**

Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften

Endring av forskrift 7. desember 2007 nr. 1389 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (NPR-forskriften).

§ 1-2 skal lyde:

§ 1-2. Norsk pasientregisters formål

Norsk pasientregister har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter.

Beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er data fra NPR. Hvordan skal kommunene ha kontroll på dette når NPR er spesialisthelsetjenestens pasientregister? Slik vi ser det danner ikke NPR et godt nok grunnlag for kommunal medfinansiering. ORKidé mener det vil være et absolutt behov for andre styringsdata enn de som i dag finnes i pasientregisteret, data som sier lite om pleiebehov, funksjonsnivå etc. Tilrettelegging av et kommunalt tilbud krever andre pasientdata enn de som finnes i pasientregisteret.



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

§ 4 a Koordinator i kommunen.

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre at vedkommende får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

§ 4 b Koordinator i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det oppnevnes koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Dette gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan.

I utgangspunktet mener vi at hovedstrukturen i den nye samhandlingsreformen må være så godt faglig utviklet med pasientforløp at det ikke er nødvendig å i tillegg etablerte en egen koordinator. Ordningen vil også medføre betydelig økte personalkostnader i kommunen, og fare for byråkratisering av pasientforløpene.

Vennlig hilsen

Ordfører og rådmannskollegiet på Nordmøre- ORKidé


Knut Sjømæling
leder ORKidé

Kopi: Kommunene på Nordmøre, KS Møre & Romsdal