

Høringsuttalelse fra Rømskog kommune

- forslag til nye forskrifter og forskriftsendringer som konsekvens av Samhandlingsformen

Rømskog kommune har følgende merknader til forslaget til endringer i forskrifter og nye forskrifter til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

1 Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Ad § 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling.

I forslag til forskrift fastsettes at spesialisthelsetjenesten innen 24 timer skal vurdere om pasienten skal skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon og varsle kommunen om dette.

Forskriftens fokus på sykehusets varslingsplikt innen 24 timer som det eneste objektive kriteriet for å kunne definere en pasient som utskrivningsklar er uheldig. Det kan føre til at sykehuset for sikkerhets skyld varsler kommunen om de fleste pasienter innen denne fristen, pasienter som ikke vil trenge oppfølging fra kommunen. Det kommunale mottaksapparat vil få økt belastning og settes i en beredskap som ikke er reell. Det som er av betydning for kommunen er å få varsling i rimelig tid med nødvendig informasjon om funksjonsnivå og bistandsbehov, ikke at meldingen kommer innen 24 timer etter innleggelse.

Forslaget til forskrift sier at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasienten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller i en kommunal institusjon og varsle kommunen om dette. Rømskog kommune mener at det ikke er spesialisthelsetjenesten som skal vurdere om pasienten skal tilbys tjenester i hjemmet eller i institusjon. Denne vurderingen skal kommunen gjøre. Det bør heller presiseres at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om det vil være behov for videre oppfølging, skissere forventet bistandsbehov, anslå utskrivningstidspunkt og varsle kommunen om dette. Så blir det opp til kommunen å finne et faglig forsvarlig tjenestetilbud. Spesialisttjenesten kjenner ikke til hvordan kommunens tjenester er organisert, og hvor vi til enhver tid gir de ulike tjenestene; hjemme eller i institusjon. At spesialisttjenesten forespeiler pasienten at vedkommende skal hjem eller inn i institusjon vil kunne skape falske forventninger hos pasienten.

Ad § 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

”En pasient er utskrivningsklar når en lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinskfaglig vurdering. Når en pasient er definert utskrivningsklar skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommune”

Denne definisjonen av utskrivningsklar pasient er overhode ikke egnet som klargjøring og presisering av nytt lovverk eller som rettesnor for praksis.

Kommunen hadde forventet at forskriftene ville innebære en klargjørende definisjon, fordi det var signalisert i varslingen av disse i Prop. 91L, Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Der skriver departementet under 40.6.3 at det vil bli utarbeidet forskrifter som skal fastsette kriterier for når en pasient er utskrivningsklar. Videre at det legges til grunn at det benyttes en ”felles nasjonal definisjon av hvilke pasienter som er utskrivningsklare. Fordelingen av hva som skal inngå i nasjonale kriterier i forskrift og hva som skal overlates til partene å fastsette gjennom samarbeidsavtalene vil også måtte vurderes i forbindelse med

forskriftsarbeidet. Det legges ikke opp til at partene kan avtale seg bort fra den nasjonale definisjonen av utskrivningsklare pasienter.”

I gjeldende forskrifter om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er det opplistet en rekke punkter som må være ivarett før en pasient kan defineres som utskrivningsklar, som nødvendige avklaringer, standpunkt til diagnose(r), videre plan for oppfølging av pasienten, pasientens samlede funksjonsnivå, vurdering av forventet framtidig utvikling og plan for evt videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. I foreliggende forslag til nye forskrifter er det eneste kriteriet at en lege i spesialisthelsetjenesten mener det ikke er behov for videre behandling i spesialisthelsetjenesten og at varslingsprosedyren er fulgt.

Dette er ikke tilstrekkelig, forslaget til ny forskrift gir ikke grunnlag for en åpen og transparent dialog mellom likeverdige parter; kommunen og Helseforetaket.

Definisjonsmakten vedr. utskrivningsklar pasient ligger utelukkende på en lege i spesialisthelsetjenesten. Det er rimelig at den medisinske vurdering ligger der, men Rømskog forventet at forskriftene skulle definere hvilke prosessuelle krav som skulle stilles til spesialisthelsetjenesten som grunnlag for en god pasientflyt over til kommunehelsetjenesten. Fremlagte forslag til forskrift er ikke egnet som en nasjonal definisjon av hvilke pasienter som kan defineres som utskrivningsklare. Det legges opp til at en presisering av begrepet ”utskrivningsklar” skal være en del av samarbeidsavtalene som skal inngås mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, men med en så utydelig føring vil håndteringen av hele forskriften bli ulik. Spesialisthelsetjenesten er i forslag til forskrift gitt definisjonsmakten. Dette er et uheldig utgangspunkt for forhandling mellom det som skal være likeverdige parter når samarbeidsavtaler skal inngås i kjølvannet av disse forskriftene.

Kommunen ønsker en tydeligere presisering av hvordan begrepet ”utskrivningsklar pasient” skal forstås, gjerne tilsvarende konkretiseringen i gjeldende forskrift, som er egnet som referanseramme i dialog mellom kommune og helseforetak. Uten denne presiseringen gjennom nasjonal forskrift vil dialogen bli vanskelig. Det vil komme en rekke tvistesaker, som igjen vil være vanskelig å konkludere i når definisjonen av utskrivningsklar pasient mangler fra sentralt hold.

Ad § 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. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.”

For at kommunen skal kunne planlegge nødvendige tjenester er det avgjørende at tilstrekkelig informasjon om funksjonsnivå osv, som beskrevet i gjeldende forskrifter, foreligger. I utkast til nye forskrifter er det ikke definert noen krav til dette fra spesialisthelsetjenesten, kun at de skal varsle om en utskrivningsklar pasient som har behov for oppfølging i kommunen. Det byr på utfordringer når pasienter skrives ut til kommunen uten tilstrekkelig informasjon. Det er ikke uvanlig at pasienter skrives ut uten epikrise og medisinliste. Grunnleggende prosedyrekrav vil skape forutsigbarhet for både kommunene og spesialisthelsetjenesten. Slike krav vil også sikre en god dialog mellom tjenestenivåene og på den måten forhindre unødvendige reinnleggelser som følge av dårlig kommunikasjon. Forskrifter skal ikke innholde detaljerte prosedyrer, men tydelige føringer. Det gjør ikke det fremlagte forslag til forskrifter.

Kommunen har plikt til å svare på melding om utskrivningsklar pasient straks. Dersom dette gjelder en kjent pasient som skal tilbake til samme tjenestetilbud som tidligere, er det uproblematisk. Men dersom det meldes om en utskrivningsklar pasient med omfattende

bistandsbehov, som er ukjent for kommunen og krever etablering av nye tjenester, kan ikke en slik melding besvares utenfor ordinær kontortid uten betydelig opprusting av mottaksapparatet i kommunen. Dette vil gjelde både små og store kommuner. Vedtak om tjenester fattes i dag av tildelingkontor eller tilsvarende i kommunene. Skal melding om utskrivningsklar pasient besvares straks uansett ukedag eller tid på døgnet, vil det medføre at kommunen må ha personale med vedtaksmyndighet i arbeid også i helgene, samt på kveldstid. Noe som vil medføre en betydelig merkostnad for kommunene. Rømskog er en liten og oversiktlig kommune som vil kunne klare å gi raske svar, men forskriftens formulering "Kommunen skal avgi svar straks" krever en presisering.

Ad § 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 at de ikke kan motta pasienten, jf. § 5 andre ledd..."

Tidspunkt for når betalingsplikten inntreffer må defineres nærmere enn det forskriftsforslaget gjør. Skal kommunen betale full dagsats for en pasient som meldes utskrivningsklar kl 23.00? Skal en pasient som meldes utskrivningsklar fredag ettermiddag kl 15.45 belastes kommunen hele helgen og påfølgende mandag? Skal kommunen belastes for den dagen pasienten skrives ut? Denne forskriften har store økonomiske konsekvenser for kommunene og trenger tydeligere presiseringer for å unngå ulik håndtering og konflikter. Pasientforløpene i sykehus er ofte korte. Det kan være vanskelig for kommunen å etablere et tilbud i løpet av timer. I tillegg er vi ofte avhengig av at NAV hjelpemidler kan skaffe nødvendige hjelpemidler tilveie. Selv om pasienten er utskrivningsklar er det ikke alltid vedkommendes hjem er klart. Forskriften må definere hva som er nødvendig tid for varsling før betalingsplikten iverksettes. Rømskog kommune er av den mening at betalingsplikten først kan inntre første virkedag etter varsling om utskrivningsklar pasient.

Ad § 7 Krav på redegjørelse

"Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger spesialisthelsetjenesten har foretatt etter §§ 3 og 4. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve at vurderingene foretatt av spesialisthelsetjenesten er i tråd med bestemmelsene i forskriften her."

Forslag til forskrifter har en definisjon på utskrivningsklar pasient som er knyttet til en leges medisinske vurdering av om det er behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller ikke og at dette varsles kommunen innen 24 timer. Når dette er innfridd iverksettes betalingsplikten dersom kommunen ikke tar imot pasienten. Meldingsfristen kan kontrolleres, men det blir vanskelig å etterprøve legens medisinske vurdering. Denne vurderingen vil variere ut ifra hvilken lege som er ansvarlig, og vil trolig også variere med grad av pågangen av pasienter til sykehuset. De gjeldende forskrifter med krav om redegjørelse for medisinske avklaringer som er gjort, standpunkt til diagnose(r), videre plan for oppfølging av pasienten, pasientens samlede funksjonsnivå, forventet framtidig utvikling skal være vurdert og plan for evt. videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten er det mulig å etterprøve. Disse kravene er også en forutsetning for å lykkes i gode pasientforløp. I nytt forslag til forskrifter er kravene til redegjørelse lite presise. Når definisjonen av "utskrivningsklar pasient" ikke er konkret, blir dialogen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og vurderingen av om forskriftene er fulgt vanskelig.

Ad § 8 Klage

"Fylkesmannen behandler klage etter §§ 3,4,5,6 og 7."

Fylkesmannen kan vurdere om varslingsfristen er fulgt. Legens medisinske vurdering vil bli vanskelige å overprøve. Fylkesmannen ville hatt bedre grunnlag for å vurdere om forskriften var fulgt dersom forskriften definerte "utskrivningsklar pasient" tydelig.

Kommunens oppsummering

Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er lite egnet som presisering av nytt lovverk og som rettesnor for praksis.

Definisjonen av begrepet "utskrivningsklar pasient" er overlatt til den enkelte lege i spesialisthelsetjenesten, og deres vurdering av om det er behov for spesialisthelsetjenester eller kommunale helsetjenester. Dette er ikke tilstrekkelig som rettesnor for god praksis eller som kjøreregler for god dialog mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene.

Departementet legger opp til at nærmere utdypning av prosedyrer skal inn i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune. Forskriftene gir lite eller ingen føring for disse avtalene, noe som er svært uheldig.

Forskriften bør gi tydeligere føringer og krav til prosedyrer.

Disse kan utdypes nærmere i Samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

2 Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering beskriver hvilke diagnoser som omfattes, hvor stor andel av kostnadene kommunen skal dekke, øvre tak for hvor mye kommunen skal dekke og hvordan dette skal beregnes ut i fra ISF og DRG-poeng. Det er et etablert system som gir en forutsigbar ramme for medfinansieringen.

Hva skjer når en pasient blir reinnlagt med samme diagnose kort tid etter utskrivning? Da kan spørsmål reises om pasienten reelt sett var ferdigbehandlet, om spesialisthelsetjenesten erklærte pasienten som utskrivningsklar for tidlig. Rømskog mener det er urimelig at kommunen da skal belastes for en ny innleggelse med samme diagnose.

Det framkommer av høringsnotatet at departementet skal se nærmere på retningslinjer for kommunal medfinansiering i tilknytning til retningslinjene for ISF. I denne forbindelse vil departementet også foreta en vurdering av eventuell betaling for reinnleggelser. Dette tar departementet sikte på å framlegge i Prop.S 1 for 2012.

Spørsmålet om forståelse av ansvar for finansiering ved reinnleggelser er et vesentlig punkt. Statsbudsjettet er lite egnet som presisering av forskrift.

Ved å legge dette fram i forbindelse med Statsbudsjettet vil medvirkning i form av høringsuttalelser komme som en del av høringsuttalelser til hele Statsbudsjettet, noe som er uhensiktsmessig.

Det riktige hadde vært om dette spørsmålet var avklart og innarbeidet som en del av det framlagte forslag til forskrift om kommunal medfinansiering. Når dette ikke er gjort, må hele forskriften ut på ny høring når spørsmål rundt ansvar for finansiering ved reinnleggelser er tatt med.

Rømskog mener medfinansieringsplikten ikke skal gjelde når pasient reinnlegges med samme diagnose kort tid etter utskrivning, og at dette må defineres nærmere.

Når det gjelder administrative og økonomiske konsekvenser mener kommunen beskrivelsen av dette er mangelfull. Det er på det rene at både sykehusene og kommunene må sette inn økte administrative ressurser for å administrere de nye rutinene og ikke minst kontrollere

betalingssystemet. All bytting av penger må kontrolleres, f.eks slik kommunene må gjøre som følge av reformen om finansiering av private barnehager.

Kommunen er spent på hvordan helseforetakene skal redusere sin aktivitet tilsvarende beløpet som overføres kommunene til medfinansiering. For det kan vel ikke være slik at kommunene i tillegg til å bære kostnadene for de pasientene som kommer ut av sykehuset tidligere skal medfinansiere 20 % av samme antall senger som sykehusene har i dag?

3 Forslag til Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Presisering av hva som regnes som institusjon og innholdet i tjenestene er svært viktig. Fremlagte forslag til forskrifter er ment å tydeliggjøre institusjonsbegrepet, men lykkes bare delvis siden krav til innhold i tjenestene er utelatt.

Ad § 1 Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Følgende tjenester blir definert som institusjon: Sykehjem, aldershjem, bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

Helse- og omsorgstjenesteloven gir hjemmel for å fastsette nærmere bestemmelser med krav til innhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og å fastsette hvilke institusjoner som skal omfattes av helseinstitusjonsbegrepet.

Krav til innhold i sykehjem er nærmere definert i Forskrift for sykehjem. Noen tilsvarende forskrift for aldershjem, barnebolig eller institusjon for rusmiddelavhengig finnes ikke. Innholdet i disse tilbudene er varierende. Ordlyden ”helse- og omsorgstjenester”, som er knyttet til både bolig for barn og tilbud til rusavhengige skulle tilsi krav om at tilbudet skal innebære helsetjenester og ha utdannet helsepersonell.

Vil det si at alderhjem uten helsetilbud ikke er institusjon?

Hvor går grensen mellom helsetjenester og omsorgstjenester? Dette er ikke tydelig definert.

Denne grenseoppgangen er viktig når definisjonen av institusjon er knyttet til at det skal ytes helsetjenester. Er det nok at institusjonen utleverer beboernes medisin, og derfor har helsepersonell til utdeling?

Istedenfor en uttømmende oversikt over hva som regnes som institusjon, burde forskriften konkretisere hvilke kriterier som må innfris for å falle inn under institusjonsbegrepet.

Betegnelsene på kommunale tilbud endres stadig, så den foreslåtte uttømmende liste er allerede utdatert. Sykehjem brukes ikke så ofte lenger. Like vanlig er bo- og behandlingssenter, eldresenter, pleie- og omsorgssenter. En oversikt over kriterier til institusjonsbegrepet ville også være til hjelp for å fastsette hva som *ikke* er en institusjon.

Ad § 2 Institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven

”Som institusjon etter pasientrettighetsloven § 1 første ledd bokstav a regnes institusjon etter §1 i forskriften her, ”med unntak av institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, herunder aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.”

§ 1 definerer aldershjem og bolig til rusmiddelavhengige som institusjon dersom det er heldøgns helse- og omsorgstjenester. Pasientrettighetsloven gjelder bare dersom formålet med oppholdet primært er å motta helsehjelp. Hvordan skal dette avgrenses? Enten mottas helsehjelp eller ikke. Graden av denne hjelpen kan ikke være bestemmende for om pasientrettighetsloven skal gjelde.

Ad § 3 Helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonellovens § 3

”Som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonellovens § 3, regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, men unntak av aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.”

Dersom det ytes helsetjenester skal helsepersonelloven gjelde. Unntakene i denne paragrafen blir derfor i strid med helsepersonelloven. Det kan være aldershjem og tilbud til rusmiddelavhengige med omfattende helsetilbud, noe som er kriteriet for å kunne definere tilbudet som institusjon.

4 Forslag til ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Ad § 2 Dokumentasjonsplikt

Forskriften forslår at kun de som yter helsehjelp skal ha dokumentasjonsplikt. Forslaget støttes ikke. Dokumentasjon gjennom journal gir en oversikt over tiltak som er satt i verk, observasjoner og vurderinger og bidrar til kommunikasjon mellom personell som jobber med samme bruker. Journalen kan også tjene som bevis i pasientskadesaker eller tilsynssaker.

Det er i dag primært helsepersonell som har dokumentasjonsplikt, men krav til dokumentasjon bør gjelde yrkesgrupper og tjenester som tidligere lå under sosialtjenesteloven, som f.eks miljøarbeidere som arbeider målrettet med tiltak knyttet til adferd eller arbeidstrening.

Dette for å kunne dokumentere hvilke tiltak som er iverksatt og resultatet av disse. Målgruppen for denne dokumentasjonen kan være brukeren selv, evt pårørende eller samarbeidspartnere som jobber med samme bruker.

For at utvidet dokumentasjonsplikt skal være et nyttig redskap for samarbeid på tvers av profesjoner i sammensatte saker, er dagens datasystemer en betydelig utfordring, siden ulike fagsystemer ikke kan kommunisere med hverandre. Dette må løses dersom journal skal bli et redskap for tverrfaglig samarbeid.

Støttekontakter, mottakere av omsorgslønn og de som yter praktisk bistand bør unntas fra dokumentasjonsplikt, så sant ikke disse tjenestene er sentrale i et omfattende tverrfaglig tilbud til en bruker.

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

Ad § 4a og 4b, Koordinator i kommunen og i spesialisthelsetjenesten

Det er positivt at bruk av individuell plan og nødvendigheten av koordinator vektlegges i ny lov og forskrift.

Ad § 5a Ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator

Personell under helse- og omsorgstjenesteloven skal snarest mulig gi melding om pasient/brukers behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Dette definerer ansvaret for å påse at nødvendige handlinger for bedre koordinering av tjenester ligger på mange. Ansatte i skoleverket er imidlertid holdt utenfor. En samordning med aktuelt lovverk innen skolesektoren er ønskelig.

Ad § 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan

I de fleste tilfeller er dette naturlig at hovedansvaret ligger i kommunen, siden hovedtyngden av tjenester som oftest gis fra kommunen. Det finnes imidlertid eksempler hvor spesialisthelsetjenesten er tyngste tjenesteyter. Da er det vanskelig for kommunalt ansatte å gjøre en god jobb som koordinator. Det må åpnes for at koordineringsansvaret legges der det er naturlig og ut i fra brukers ønsker dersom det er mulig.

6 Koordinerende enhet – forskrift om habilitering og rehabilitering

Rømskog mener det er positivt at ny forskrift presiserer at rehabilitering kan være både sosial, psykososial og medisinsk.

7 Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler

Kommunen er av den formening at det er avklarende at forskriften åpner for at en inngått driftsavtalehjemmel kan økes uten ekstern utlysning.