

Høringssvar fra Tingvoll kommune til nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) - Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Tingvoll kommune vil med dette gi sin høringsuttale. Vi ser fram til at våre synspunkter på forskriftene til samhandlingsreformen blir tillagt vekt og slik forbedrer rammebetingelsene til å gjennomføre reformen.

Generelle kommentarer:

- Kommunen 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.
- Kommunen 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 sjukehusene er villige til å bistå konstruktivt med å bygge både kompetanse og beredskap i kommunene.
- Fastlegene er en kritisk faktor i reformen og det er svært uheldig at ny fastlegeforskrift ikke fremmes samtidig med de andre forskriftene.

Vår uttale til

Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Utdrag fra forskriften: §3 Specialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling

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.

Vår uttale:

Siste del av forslag til formulering kan gjerne 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.

For å få presisert at det er kommunene som skal bestemme hvilket tjenestetilbud pasienten skal ha i kommunen, foreslår vi at denne formuleringen fra side 20 i høringsnotatet (4. avsn, 3.linje) tas inn etter forskriftens §3, etter bokstav a:

”Det er kommunen som skal vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha, og om tilbudet totalt sett er forsvarlig”.

Forskriften legger ellers opp til i §3 (og i høringsnotatet side 19, 3. avsnitt) at sjukehuset kan velge mellom å benytte teksten i pasientjournalen eller en egenformulert tekst som informasjon om pasienten til kommunene. Vi mener at ordlyden i pasientjournalen skal benyttes så langt dette er mulig når slik informasjon gis. Dersom legene i sjukehusene skal lage egenhendige beskrivelser er det en fare for at dette kan føre til upresis og ikke dekkende informasjon. Her mener vi **en** tekst (fra pasientjournalen) er den mest sikre informasjonskilden. Dersom legen har behov for å informere ytterligere, skal dette være et supplement til pasientjournalens formular.

Utdrag fra forskriften: § 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

“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 medisinsk faglig vurdering.

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

Vår kommentar:

Vi mener at det er et viktig prinsipp at **en** person foretar en medisinsk faglig vurdering av pasienten og at denne legges til grunn for utskriving fra sjukehuset. Slik sett støtter vi forskriftens formulering. Erfaringene med dagens praksis er nettopp at det kan være flere personer i sjukehusene som kommuniserer ulikt / gir ulike meldinger til kommunehelsetjenesten. Det kan også forekomme faglig uenighet fra sjukehusets side. For kommunen er det viktig med en tydelig og klar melding i tilknytning til en utskrivningsklar pasient. Det er også viktig med gode rutiner for hvem som kommuniserer avgjørelsen til kommunehelsetjenesten og at denne rutinen følges.

Begrepet ”umiddelbart” i §4, andre avsnitt, er etter vår mening for upresist. Erfaringer fra dagens praksis med utskriving av pasienter fra sjukehus, tilsier at vi må ha en forskrift (alternativt en avtale) som gir presise tidsangivelser.

Vi foreslår at dette presiseres i forskriften ved å sette tidsintervaller for **når** kommunen skal kunne motta informasjon om at en pasient faktisk er utskrivningsklar. Vi foreslår disse tidsintervallene:

- Hverdager unntatt fredager: fra kl. 08.00 – 16.00
- Fredager: fra kl. 08.00 til kl. 12.00. Dersom slik informasjon kommer på fredager etter kl. 12.00 settes fristen til mandag kl. 12.00.
- Slike meldinger skal ikke sendes på helg.

Dette betyr at dersom en melding om utskriving f.eks. kommer mandag kl. 14.00 har kommunen frist på seg til tirsdag etter kl. 14.00 med å etablere et tilbud og ta imot pasienten. Dersom meldingen fra sjukehuset kommer til kommunen mandag kl. 17.00 begynner ”timeglasset” å renne i forhold til 24-timers-regelen fra neste dag (tirsdag) kl. 08.00. På denne måten får kommunene mer tid på seg til å håndtere utskrivinger og kunne etablere et forsvarlig kommunalt behandlingstilbud til pasienten.

Utdrag fra forskriften: § 5 - Kommunens ansvar

”Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten fra den datoen det er varslet om utskriving, 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”.

Vår kommentar:

Dette punktet i forskriften forutsetter at kommunen har døgnskategorisk beredskap for behovsvurderinger, samt at det eksisterer effektive IKT-systemer for god flyt av informasjon. I dag mangler svært mange kommuner operativt helsenett og IT-applikasjoner som gjør det mulig å ”snakke” med helseforetaket. Dette betyr at effektiv kommunikasjon mellom sjukehus og kommune er komplisert. IKT er en forutsetning for en vellykket reform med nye pasientforløp.

Tingvoll kommune har ikke døgnskategorisk beredskap for å beslutte mottak av pasient. Kommunen 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, jfr. vår uttale ovenfor. Dette punktet må tydeliggjøres i den nye forskriften, for dette har konsekvenser for både pasientsikkerhet og for når betalingsplikten til kommunen inntreffer.

Utdrag fra forskriften: § 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”.

Vår kommentar:

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.

Vår uttale til

Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

Utdrag fra forskriften: § 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”.

Vår uttale:

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 for 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.

Tingvoll kommune er også svært 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.

Medfinansiering skal ikke tre i kraft dersom kommunene ikke har fått tiltrekkelig informasjon

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. 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.

Vår uttale:

Beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er data fra Norsk pasientregister (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. Tingvoll kommune 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.

Vår uttale til

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”.

Vår uttale:

Vi mener at ordningen med at pasienter får en koordinator er en ordning som gir pasientene mer trygghet i pasientforløpet. Så lenge dette kan organiseres som funksjoner av ulike fagstillinger, - ikke krav om egne stillinger, vil dette være en styrke.

Tingvoll kommune 5.10.2011

Bjørn Sletbakk
Assisterende rådmann