

AVGJØRELSE I NASJONAL TVISTELØSNINGSNEMND FOR HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

Sak nr. 10/2013 (Hdir sak 13/5043)

Dato 8. november 2013

Tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren: Hanne Harlem (leder), Henning Harborg (nestleder), Liv Lunde (seniorrådgiver, Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet), Jostein Aanestad (rådmann, Sogndal kommune), Kjersti Gjøsund (kommuneoverlege, Sarpsborg kommune) og Vidar Roseth (samhandlingssjef, Helse Førde HF).

Parter: X kommune og Y HF.

Sammendrag: Saken gjaldt spørsmålet om en pasient kunne defineres som utskrivningsklar. Pasienten var et seks måneder gammelt barn som hadde behov for overvåkning og personell med kompetanse i resuscitering (gjenopplivning). Tvisteløsningsnemnda kom til at pasienten på utskrivningstidspunktet ikke hadde behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten og at pasienten derfor kunne erklæres utskrivningsklar.

Saksgang: X kommune brakte 27. mai 2013 tvisten med Y HF inn for tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren. Den 20. august 2013 innga Y HF tilsvar. Etter anmodning fra tvisteløsningsnemnda, oversendte partene avtalen "Samarbeid om utskriving av pasientar med behov for somatiske helsetenester" som inneholder retningslinjene for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 5.

Den 26. september 2013 behandlet tvisteløsningsnemnda saken i møte.

Saksforhold: Pasienten ble født ekstremt prematur i 24. svangerskapsuke med en fødselsvekt på 800 gram. Pasienten var innlagt ved neonatal-intensiv avdeling, som er intensivavdelingen for nyfødte, fra fødselen, med unntak av ett opphold på Rikshospitalet.

Den 27. september 2012 sendte Y HF et brev til omsorgstjenesten i X kommune, hvor det blant annet sto:

"I samråd med kontaktsykepleierne, overlege [...] og foreldrene begynner man å planlegge hjemreise. Planen er at [pasienten] meldes utskrivningsklar om ca 4 uker fra nå. Utstyr til hjemmebehandling bestilles, slik at foreldre og pleie fra hjemmetjenesten kan få opplæring her før utskrivning. Foreldrene får opplæring i resuscitering med maske/bag. De skal nå øve omgang med maske/bag på dukke, slik at de kan håndtere tilfeller med metningsfall.

*[Pasienten] trenger tilsyn 24 timer i døgnet av personell som kan håndtere en situasjon, da [pasienten] må resusciteres med maske/bag og eventuell hjertekompresjon. **Det forventes at kommunen stiller med personell som er kompetent å mestre resusciteringssituasjoner til nattevakt.** Det er ikke avklart hvor lenge [pasienten] kommer til å ha behov for et slikt tilsyn, man regner i hvert fall med flere måneder. Dette til orientering om situasjonen."*

Etter å ha mottatt brevet, ba kommunen om et møte med sykehuset for å få utfyllende opplysninger om pasienten. Den 10. oktober 2012 møtte kommunen to av spesialsykepleierne ved sykehuset og pasientens foreldre. Sykepleierne fortalte at barnet tidligere hadde blitt bagget, men at behovet hadde

avtatt den siste uken. Videre fortalte sykepleierne at det er vanskelig å bagge så små barn, og at det ofte er nødvendig med to personer for å få dette til.

Opplysningene i brevet og møtet gjorde kommunen usikker på om pasienten var en oppgave for den kommunale omsorgstjenesten. Kommunen ba derfor fylkeslegen i Z fylke om en avklaring.

Den 25. oktober 2012 sendte helseforetaket varsel om utskrivningsklar pasient. I varselet sto det at pasienten ville være utskrivningsklar den 27. oktober 2012. I varselet sto det også at pasienten hadde behov for fast vakt om nettene. I brevet som fulgte varselet sto det også at *"denne pasienten vil ha behov for fast nattevakt de første månedene"*.

Fylkeslegen anbefalte et nytt møte mellom sykehuset og kommunen, og partene ble enige om å møtes 31. oktober 2012 for å gjennomgå saken.

I mellomtiden var representanter fra kommunen på hjemmebesøk hos pasientens foreldre. Foreldrene opplyste at pasienten ikke hadde hatt pustestopp den siste tiden. Det medisinske utstyret var på dette tidspunktet ikke montert i hjemmet. Kommunen, som ikke hadde personell med nødvendig kompetanse, kontaktet deretter et vikarbyrå som kunne tilby en intensivsykepleier eller person med tilsvarende kompetanse fra 5. november 2012.

I møtet 31. oktober 2012 bekreftet sykehuset at det ikke var registrert pustestopp de siste ukene. Behovet for fast nattevakt med spesialkompetanse i resuscitering var likevel fremdeles til stede. Kommunen informerte da om at vikar med nødvendig kompetanse ville være på plass mandag 5. november 2012. Kommunen pekte videre på at det ikke var gjennomført dagpermisjoner, og møtedeltakerne ble enige om at familien kunne ta dagpermisjoner frem til 5. november 2012.

Den 5. november 2012 ble pasienten skrevet ut. Kommunen har siden leid vikarer med spesialkompetanse. Den 7. desember 2012 mottok kommunen krav om betaling fra Y HF. Kommunen klaget på fakturaen og helseforetaket reduserte kravet, slik at krav på betaling i tiden frem til 31. oktober 2012 ble frafalt.

Tilstanden til pasienten har etter utskrivelsen variert fra bra dager uten oksygenbehandling til perioder med dårlig oksygenmetning, luftveisinfeksjoner og redusert allmenntilstand. Pasienten har vært innlagt ved Y HF (sykehus) til observasjon og behandling flere ganger. I mai 2013 hadde pasienten bedre respirasjon og klarte seg i lange perioder uten oksygenbehandling. Kommunen opplyste da at den planla å redusere nattevaktressursen.

X kommune har i det vesentlige anført: Premature pasienter som har behov for kontinuerlig overvåking og tilgang til personell med spesialkompetanse i resuscitering er ikke en oppgave for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slike pasienter skal behandles på sykehus til behovet for overvåking og resuscitering ikke lenger er til stede.

Y HF har i det vesentlige anført: Den 24. oktober 2012 ble kommunen varslet om at pasienten ville være utskrivningsklar den 27. oktober 2012. Sykehuset varslet om pasientens pleiebehov både skriftlig og muntlig. Kommunen fikk tilbud om opplæring. Utstyret ble ikke sendt til pasientens bolig fordi foreldrene fikk trene på bruk av eget utstyr mens pasienten lå på sykehuset. Støybelastningen fra oksygenkonsentratoren utgjorde ingen hindring for utskrivelse. Permisjon før utskrivelse er ikke vanlig praksis. Kommunen hadde ikke personale med nødvendig kompetanse før 5. november 2012, og pasientens opphold på sykehuset ble av den grunn forlenget.

Helseforetaket skriver hvert år ut pasienter med behov for pleie hjemme, også pasienter med behov for overvåking. Spørsmålet om forsvarlighet, som kommunen også ønsker avklart, mener vi ligger utenfor det økonomiske kravet.

Tvisteløsningsnemnda bemerker: Tvisteløsningsnemnda legger til grunn at tvisten gjelder betaling etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ("forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten") kapittel 3. Det innebærer at saksbehandlingsreglene kapittel 6 får anvendelse for tvisteløsningsnemndas behandling av tvisten.

Saken gjelder spørsmålet om Y HF har krav på betaling for fem døgn der en pasient ble værende på sykehuset. Partene har inngått en tjenesteavtale som inneholder retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. I punkt 8 er det avtalt:

"Kommunal betalingsplikt startar frå den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar (i samsvar med forskrift om medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter § 13 jfr §§ 8-10) samt denne samarbeidsavtalen, og kommunen har gitt beskjed om [at] dei ikkje kan ta imot pasienten, jf. § 11 andre ledd i same forskrift."

Bestemmelsen er likelydende med forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten § 13 andre ledd. Det er på det rene at kommunen ble varslet om at pasienten ville være utskrivningsklar den 27. oktober 2012 og at pasienten først ble tatt imot av kommunen den 5. november 2012. Spørsmålet er om pasienten i slutten av oktober 2012 kunne erklæres utskrivningsklar.

Det følger av partenes avtale punkt 7.1 at "vurderingen om en pasient er utskrivningsklar ligger til spesialisthelsetjenesten, og skal skje iht. § 9 i gjeldende forskrift". I forskrift om kommunal medfinansiering § 9 står det:

"En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten."

Forskriftens utgangspunkt er at det er sykehuslegen som fatter beslutningen om at en pasient er utskrivningsklar, jf. også departementets merknader til forskriften § 9 hvor det står at "det er lege på sykehus som skal fatte avgjørelsen om pasienten er utskrivningsklar". Det reiser spørsmål om hvilken kompetanse tvisteløsningsnemnda har til å overprøve legens avgjørelse. Spørsmålet er beslektet, men ikke identisk, med spørsmålet om domstolenes prøving av forvaltningsvedtak.

Tvisteløsningsnemnda legger til grunn at den, som domstolene, kan prøve den generelle tolkningen av forskriften. Det må innebære at tvisteløsningsnemnda kan prøve om legen har lagt til grunn en riktig forståelse av innholdet i forskriften, herunder selve begrepet "behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten". Vanskeligere er spørsmålet om i hvilken grad tvisteløsningsnemnda kan overprøve de konkrete vurderingene av om forskriftens vilkår er oppfylt. Avgjørelsen av om det er "behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten" byr på i alle fall tre forskjellige vurderinger. Legen må for det første gjøre en vurdering av pasientens tilstand og sykdomsbilde, for det annet må legen vurdere om tilstanden krever ytterligere behandling og for det tredje om denne behandlingen eventuelt må skje i spesialisthelsetjenesten eller om den kan skje i det kommunale helsetilbudet. Tvisteløsningsnemndas prøvingsadgang er neppe lik i de tre vurderingene. Denne saken gjelder den tredje vurderingen, det vil si spørsmålet om den behandling legen har angitt ligger til spesialisthelsetjenesten eller kan skje i kommunen. Etter tvisteløsningsnemndas oppfatning må den

vurderingen være underlagt full prøvelse fra tvisteløsningsnemndas side basert på de regler som angir grensen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Legen vurderte i denne saken at pasienten hadde behov for tilsyn 24 timer i døgnet av personell med kompetanse til å mestre resusciteringssituasjoner. Vurderingen er ikke omtvistet, og den er uansett ikke en vurdering tvisteløsningsnemnda etter det som er sagt ovenfor vil kunne prøve. Kommunen har imidlertid anført at det må ligge til spesialisthelsetjenesten og ikke til kommunen å ta hånd om pasienter med slike behov. Dette er, i tråd med det som er sagt ovenfor, et spørsmål tvisteløsningsnemnda må kunne prøve fullt ut.

Spørsmålet om den behandling legen vurdert som nødvendig krever behandling i spesialisthelsetjenesten, beror på en tolking av de bestemmelser som angir rekkevidden for spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Tvisteløsningsnemnda legger til grunn at begrepet spesialisthelsetjenesten er ment å ha samme innhold som når det er benyttet i spesialisthelsetjenesteloven. I forarbeidene til loven, Ot.prp. nr. 10 (1998-1999), er følgende sagt om begrepet (side 119):

“Begrepet svarer ikke til et presist medisinsk begrep og er vanskelig å definere. Spesialisthelsetjeneste er en samlebetegnelse på den type helsetjenester man har funnet det hensiktsmessig ikke å legge ansvaret for på det kommunale nivå. Hva som er hensiktsmessig i denne sammenhengen vil nødvendigvis forandre seg over tid både på grunn av den medisinske utvikling og endring i organisering av helsetjenestene.

I praksis er innholdet av begrepet spesialisthelsetjeneste noe klarere enn det begrepet gir inntrykk av. Oppgaver har i årenes løp blitt definert som enten spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste og begrepet må derfor ses i sammenheng med den faktiske oppgavefordeling mellom nivåene. Av lovens øvrige paragrafer fremgår dessuten en rekke oppgaver som vil bidra til å klargjøre hva som er spesialisthelsetjeneste.”

På side 120 er begrepet noe klarere definert:

“Begrepet “spesialisthelsetjeneste” omfatter i utgangspunktet alt som har med behandlingen av syke å gjøre og som krever kompetanse fra spesialister.”

Tvisteløsningsnemnda legger etter dette til grunn at det avgjørende for om en pasient har “behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten”, er om pasienten har behov for behandling som krever kompetanse fra spesialister. Sentralt i denne vurderingen vil være om en pasient med slik behandlingsbehov vil ha bedre utsikt til forbedring på sykehus enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tvisteløsningsnemnda legger til grunn at pasienten i oktober 2012 ikke lenger hadde behov for videre behandling av spesialister i spesialisthelsetjenesten. Det vises til at pasienten hadde ikke større utsikt til forbedring ved at overvåking og eventuell resuscitering skjedde på sykehuset heller enn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For pasienten og dens foreldre var det snarere sentralt at de kunne få reise hjem.

Tvisteløsningsnemnda har forståelse for at det var kostnadskrevende for kommunen å etablere et forsvarlig tilbud til pasienten. Det er imidlertid ikke et moment som etter forskriften inngår i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar, og det er derfor uten betydning for tvisteløsningsnemndas vurdering. Kommunens betalingsplikt inntreffer den dagen pasienten erklæres

utskrivningsklar, jf. forskrift om kommunal medfinansiering § 13. Kommunen opplyste i brev 27. mai 2013 at pasienten på det tidspunktet fortsatt hadde behov for nattevakt. Tvisteløsningsnemnda bemerker at konsekvensen av kommunens anførsel om at premature pasienter som har behov for kontinuerlig overvåkning og tilgang til personell med spesialkompetanse i resuscitering skal behandles på sykehus, er at denne pasienten som i slutten av mai 2013 var nesten fjorten måneder, fortsatt ville ligget på sykehus. Det er ikke i samsvar med Samhandlingsreformens intensjon.

Tvisteløsningsnemndas vurdering er dermed at pasienten i oktober 2012 kunne erklæres utskrivningsklar. Y HF har frafalt et eventuelt krav på betaling for perioden 27. oktober – 31. oktober 2012 og kommunens betalingsplikt inntrådte derfor først 31. oktober 2012.

Tvisteløsningsnemndas konklusjon blir etter dette:

Y HF har krav på betaling for utskrivningsklar pasient i perioden 31. oktober 2012 – 5. november 2012.

Oslo, 8. november 2013

Hanne Harlem
Leder