

Helse-og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.
2010/479 - 386/2011

Deres ref.

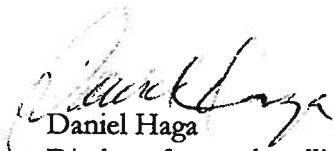
Saksbehandler
Svanhild Jenssen, 74 83 99 31

Dato
14.01.2011

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Høringsuttalelse til forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid ligger vedlagt. Uttalelsen er styrebehandlet i styremøte 13.01.11, styrets vedtak er identisk med innstillingen som også ligger vedlagt.

Med vennlig hilsen


Daniel Haga
Direktør for samhandling

Svanhild Jenssen
seniorrådgiver

Vedlegg: Uttalelse fra Helse Midt-Norge RHF
Styresak
Uttalelse fra helseforetakene i Midt-Norge

Vedlegg 1:

Høringsuttalelse ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny Lov om folkehelsearbeid

Generelle vurderinger:

Helsetjenesten vil de neste 10-20 år stå overfor betydelige utfordringer som følge av endringer i befolkningens sammensetning og behov. Samhandlingsreformen beskriver behovet for en ny innretning av samfunnets samlede innsats for å møte disse utfordringene.

Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF) deler vurderingen av de utfordringene vi står overfor, og har lagt de samme utfordringene til grunn for arbeidet med vår Strategi 2020.

HMN RHF støtter behovet for økt innsats for å forebygge sykdom og å tilrettelegge for at flere av helsetjenestens oppgaver kan legges til kommunene. Skal en lykkes med dette viktige reformarbeidet vil *summen av virkemidler* være avgjørende. Lovendringer, finansieringsordninger og prioritering av ressurser må innrettes på en måte som understøtter en ønsket omstilling i tjenestetilbudet.

HMN RHF vil understreke at tilgangen på rett kompetanse blir helt avgjørende for å lykkes. Det er derfor behov for et nasjonalt samarbeid om både innhold og kapasitet i de ulike helse- og omsorgsutdanningene.

Skal vi lykkes med Samhandlingsreformen må både bruker- og arbeidstakerorganisasjonene involveres. Målet må være gode pasientforløp på tvers av sektorer og forvaltningsnivå. Samhandlingsreformen vil utfordre både ledelses- og profesjonskulturer i helse- og omsorgstjenesten

Uttalelse til forslag i høringsutkastene:

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

HMN RHF er enig i at forslaget om en ny kommunal helse- og omsorgslov vil tydeliggjøre kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene og gi kommunene et større ansvar på linje med det ansvaret de regionale helseforetakene har for spesialisthelsetjenester.

Lovforslaget åpner for stor frihet til den enkelte kommune til å tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. Dette sammenholdt med en overordnet og profesjonsnøytral utforming av de kommunale pliktene kan utfordre kravene til kvalitet i tjenestetilbudet. En kommunestruktur med mange små kommuner kan ytterligere styrke en slik bekymring. Det bør vurderes om tjenestene enten i lov eller forskrift bør gis et så tydelig innhold at det går frem hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene, og hvilke oppgaver det bør vurderes å samarbeide med andre kommuner om å løse.

Fastlegenes framtidige rolle:

HMN RHF deler departementets vurdering om fastlegenes sentrale rolle for å nå målene med samhandlingsreformen. I høringsnotatet foreslås en presisering av gjeldende forskriftshjemmel om at det kan gis forskrifter om kvalitets- og funksjonskrav. HMN støtter departementets

intensjon om endringer i fastlegeforskriften slik at fastlegenes ansvar knyttes sterkere til kommunenes overordnede ansvar både innenfor forebygging og behandling. Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav for fastlegenes virksomhet og tilhørende krav til rapportering, vil bidra både til en kvalitetshevning og bedre kommunal styring med virksomheten.

Forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

Samhandlingsutfordringene både innad i kommunene, mellom kommuner, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er helt sentrale i arbeidet mot bedre helsetjenester. I høringsutkastet foreslås det å lovfeste et avtalesystem som skal sikre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. I tillegg til å sikre pasientene sammenhengende, koordinerte tilbud av høy kvalitet, skal avtalesystemet sikre samhandlingsreformens intensjon om overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

HMN RHF ser behovet for en sterkere formalisering av samhandlingen, men mener det er nødvendig å gi sterke nasjonale føringer på innholdet i de lokale avtalene for å unngå store ulikheter i tilbudene.

Kommunale tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp:

I høringsnotatet betones betydningen av at kommunene etablerer gode døgntilbud som alternativ til sykehusinnleggelse for pasienter med behov for døgnopphold til observasjon, undersøkelse og behandling. HMN har god erfaring med etablering av slike tilbud som samarbeidsprosjekter mellom foretak og kommuner og delt finansiering. Skal en lykkes med ambisjonen om å redusere behovet for sykehusinnleggelser for enklere medisinske tilstander, er en helt avhengig av at fastlegene/legevaktlegene kan spille på alternative tilbud i kommunene. Tilbudet kan organiseres i egen kommune eller i samarbeid med andre. For mange kommuner vil det være naturlig å organisere slike tilbud i tilknytning til kommunale eller interkommunale legevaktsordninger. Det vil være avgjørende at det økonomiske grunnlaget for et slikt tilbud er lagt gjennom de finansieringsordningene som vedtas.

HMN RHF ser at det kan bli krevende å lovhjemle et slikt tilbud allerede fra 2012, bl.a. fordi dette vil kreve at kommunene kan bygge opp kompetanse som kreves. Men vi vil anbefale at det i lovteksten åpnes for at et slikt pålegg kan reguleres gjennom forskrift.

Koordineringsansvaret:

HMN RHF deler departementets vurderinger om et økende behov for at helsetilbudene koordineres på en forpliktende måte både på det enkelte forvaltningsnivå og i mellom kommuner og foretak. HMN har også erfart at ordningen med individuell plan, koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten og ordningen med pasientansvarlig lege ikke fullt ut har fungert etter intensjonen.

Når det gjelder koordinerende enhet, er ordningen etablert både regionalt, i foretakene og i kommunene i vår region. HMN er enig i Helsedirektoratets vurdering om at de koordinerende enheter er viktige i forhold til å sikre kompetanseutvikling og gode systemer for samhandling og bruk av individuell plan. En presisering av plikten til koordinerende enhet både i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten, samt at hovedansvaret for utarbeiding av individuell plan legges til en instans (kommunen), vil etter HMNs syn være viktige skritt til forbedring av koordineringsoppgavene.

HMN er også enig i at ordningen med pasientansvarlig lege ikke har fungert etter intensjonen, men mener at koordineringsansvaret fortsatt må gis en organisatorisk forankring mot de pasienter som trenger dette mest. Rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten kan slik HMN ser det, innehas av andre profesjoner enn legene, men lovteksten bør inneha krav til helsefaglig bakgrunn.

Finansieringsordninger:

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

Det er ulike syn i våre helseforetak på forslaget i høringsdokumentet. Alle er imidlertid enige i at kravet om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter blir skjerpet. Alle er også enige i at det utvikles en nasjonal definisjon av utskrivningsklar pasient både for somatikk, psykiatri og rus og at det fortsatt blir en nasjonal betalingsssats. Flere av foretakene er imidlertid kritiske til at finansieringen av alternative tilbud skal skje gjennom reduksjon av spesialisthelsetjenestens rammer.

Volumet av utskrivningsklare pasienter ved enkelte av våre institusjoner er først og fremst et kvalitativt/faglig problem. Pasientene har fått den behandlingen sykehuset kan gi, og venter på kommunale tjenester som bl.a. kan bidra til en nødvendig rehabilitering. Det er derfor etter vår vurdering nødvendig å ta i bruk sterke insentiver for å løse denne utfordringen. Forslaget som foreligger vil kunne gi de nødvendige insentivene, avhengig av den innretningen det gis.

- Rammen som trekkes fra spesialisthelsetjenesten må fordeles til kommunene ved ordinær fordelingsnøkkel. Å gi rammene bare til de kommunene som har utskrivningsklare pasienter vil oppleves som straff til de som har prioritert å tilrettelegge et tilbud.
- Satsen som anvendes (pris per liggedøgn) må være stor nok til at det blir et økonomisk insentiv å tilrettelegge alternativt tilbud i kommunen, men må ikke være så stor at den overstiger døgnkostnadene i sykehus.

Kommunal medfinansiering:

Også her er det delte syn i våre helseforetak. Alle synes å gå mot forslaget om medfinansiering for eldre over 80 år, fordi det kan virke stigmatiserende på en aldersgruppe med store behov.

HMN RHF deler dette synet, og vil derfor anbefale at en evt. medfinansiering i første omgang knyttes opp til somatiske pasienter i indremedisinske avdelinger og poliklinikker. Det må imidlertid være en klar målsetting at en på sikt skal innføre ordningen også for psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering.

Som departementet selv understreker, så er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten ment som en *insentivordning*, og vil ikke alene kunne finansiere alternative tilbud i kommunene. Tilbudene må finansieres ved kombinasjoner av de nevnte finansieringsløsningene.

"Spleiselagsmodellen":

Dette er en finansieringsmodell Helse Midt-Norge kjenner godt. I departementets høringsutkast anbefales "spleiselagsmodellen" som en aktuell finansieringsform også i framtiden. Erfaringene er at det har vært en god modell for å etablere alternative tilbud i kommunen. Avtalene som regulerer disse tiltakene har gitt en gjensidig forpliktelse til å bidra til det faglige innholdet, og de såkalte "intermediære avdelingene" har blitt en faglig ressursbase i kommunene. Det er også verd å merke seg at ingen av de kommunene som det er inngått avtale med har problem med å håndtere utskrivningsklare pasienter

Ordningen som er brukt i Midt-Norge har hatt form som pilotprosjekt, der kommunen(e) dekker 1/3 av kostnadene, helseforetaket 1/3 og Helse Midt-Norge RHF 1/3.

Når disse tilbudene som en del av samhandlingsreformen skal bli et kommunalt tilbud, er det urimelig å fortsette med en tilsvarende fordelingsnøkkel. Kommunene vil få tilført midler både som del av ordningen med utskrivningsklare pasienter og gjennom en forventet generell vekst i kommuneøkonomien. Erfaringene med å i fellesskap bidra til faglig kvalitet i disse institusjonene er imidlertid så gode, at vi vil foreslå å fortsette med en delingsmodell der helseforetakene for eksempel finansierer 1/3 av kostnadene. Gjennom avtaler kan dermed både foretak om kommuner forplikter seg til å drive disse institusjonsplassene som et mellomledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Spesialisthelsetjenesten kan settes i stand til et slikt samarbeid gjennom den årlige tildelte rammen.

Ny lov om folkehelsearbeid

Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid tydeliggjøres i den nye loven. Dette er en nødvendig presisering for å styrke dette viktige arbeidet. Skal vi lykkes med fortsatt å kunne gi et likeverdig helsetilbud til befolkningen også i framtiden, må det satses betydelig mer for å styrke folkehelsen og forebygge sykdom. Dette er et område der forskningsaktiviteten bør styrkes.

HMN slutter seg til forslaget om å videreføre kommunelegeordningen. En kommunelege med samfunnsmedisinsk kompetanse vil bli en viktig premissleverandør spesielt i det forebyggende arbeidet, i styringsdialogen med fastlegene, og mellom kommunene og helseforetaket. Det er imidlertid bekymringsfullt at det er få søkere til de samfunnsmedisinske stillingene generelt og i kommunehelsetjenesten spesielt. I det videre arbeidet med en nasjonal helse- og omsorgsplan bør det utredes strategier for å sikre rekruttering til disse stillingene.

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 12/11 Høringsuttalelse – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid

Saksbeh: Daniel Haga

Arkivkode:

Saksmappe: 09/546

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer de to nye lovene som viktige premisser for gjennomføringen av Samhandlingsreformen.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vil understreke betydningen av at de foreslåtte virkemidlene i sum gir oss muligheten til å iverksette deler av reformen raskt etter 01.01.12. For spesialisthelsetjenesten vil dette særlig gjelde finansieringsløsninger som kan understøtte oppgave- og kompetanseoverføring mellom nivåene.
3. Etter styrets vurdering vil innholdet i de to lovene understøtte gjennomføringen av Strategi 2020.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å avgj høringsuttalelse i tråd med adm. direktørs vedlegg 1, "Høringsuttalelse ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny Lov om folkehelsearbeid".

Stjørdal 06.01.11

Gunnar Bovim
Adm. dir

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Vedlegg:

1. Forslag til høringsuttalelse
2. Høringsuttalelser fra helseforetakene

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Høringsdokumenter vedlegges kun elektronisk
[Høringsnotat - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov - regjeringen.no](#)
[Høringsnotat - forslag til ny folkehelselov](#)

BAKGRUNN

Samhandlingsreformen ble vedtatt i Stortinget 27. april 2010.

Målet med reformen kan sammenfattes slik:

- Økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet – til det beste for pasientene.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere av helsetjenesten gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.
- Å sikre en bærekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom å bidra til effektiv bruk av ressursene.

For å understøtte denne ambisjonen, har helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny Lov om folkehelsearbeid. Forslagene vil erstatte det som i dag er kommunehelseloven og sosialtjenesteloven. Ny lov om folkehelsearbeid vil erstatte dagens Lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Høringsfristen er 18. januar 2011. Etter planen skal lovendringene legges fram for Stortinget som *lovproposisjoner* våren 2011.

Samtidig ble det invitert til høring (netthøring) på grunnlaget for ny Nasjonal helseplan (2011 – 2015). Også denne har høringsfrist 18. januar 2011. Etter planen skal denne legges fram som *Stortingsmelding* våren 2011.

INNRETNING AV HØRINGSUTTALELSEN:

Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF) er formell høringsinstans for lovforslagene. Vi har valgt å etablere et samarbeid med helseforetakene om hovedinnholdet i høringsuttalelsene. De fleste helseforetakene har valgt å styrebehandle egne uttalelser, og disse vil bli sendt inn som vedlegg til vår uttalelse.

Som nevnt er det fra HOD lagt opp til en egen temamessig, nettbasert høring vedr. planlagt St.meld. om Nasjonal helseplan. Av praktiske grunner har adm. direktør valgt å legge fram høring av Nasjonal helseplan som egen sak.

OPPSUMMERING AV LOVFORSLAGENE

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

Endringene i det nye lovforslaget kan oppsummeres slik:

- Loven skal gi et mer helhetlig lovverk for kommunene. Størstedelen av Sosialtjenesteloven ble overført ved etablering av NAV. Det som gjenstår regulerer i hovedsak omsorgstjenester, og foreslås nå tatt inn i den ny lov om helse- og omsorgstjenester.
- Kommunene får et "sørge-for ansvar" på lik linje med spesialisthelsetjenesten, samtidig som lovens utforming er blitt mer profesjonsnøytral.
- Ansvaret er i dagens lovverk lagt til *kommunehelsetjenesten*, men blir i forslaget lagt til *kommunen som sådan*. Det politiske ansvaret for helsetjenesten er derfor tydeliggjort.
- Brukerrettighetene videreføres og samles i pasientrettighetsloven. Brukerrettighetene blir dermed mer gjennomgående enn i dagens lovverk.
- Det foreslås lovpålagt avtalesystem mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Innholdet i avtalene skal utformes lokalt, men det vil lages maler for hva som bør reguleres i disse avtalene.
- Dagens fastlegeordning videreføres, men det foreslår å innføre funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene
- Lovforslaget legger til rette for døgntilbud i kommunen for at flere skal slippe innleggelse i sykehus. Det bes om at høringsinstansene vurderer om kommunene bør få et lovfestet krav om døgntilbud for akuttinnleggelser.
- I lovforslaget skisseres 4 ulike finansieringsmodeller for å finansiere omstillingene:
 1. Kommunal betaling for "utskrivningsklare" pasienter
 2. Kommunal medfinansiering for utvalgte grupper i spesialisthelsetjenesten (se nedenfor)
 3. Vekst i rammetildelingen til kommunene
 4. "Spleiselagsmodell" der helseforetak og kommuner gjennom avtaler etablerer fellestjenester, slik det er gjort for sykestuer og intermedisæravdelinger.
- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er ment som en *insentivordning*, og vil ikke alene kunne finansiere alternative tilbud i kommunene. Tilbudene må finansieres ved kombinasjoner av de nevnte finansieringsløsningene.
- I høringsdokumentet foreslås det 2 varianter av kommunal medfinansiering:
 - Enten medfinansiering av alle spesialisthelsetjenester for pasienter over 80 år
 - Eller medfinansiering av spesialisthelsetjenester for indremedisinske pasienter
- Videre foreslås det lovbestemt krav om at kommunene (og spesialisthelsetjenesten) skal drive systematisk arbeide for å styrke pasientsikkerheten og krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid
- Helseforetak og kommuner skal legge til rette for elektronisk samhandling
- Videre foreslås det å flytte meldinger om uønskede hendelser (§ 3.3-meldinger) fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Forslaget bygger på erfaringer fra andre samfunnssektorer der meldekulturen har blitt vesentlig bedre når slike meldinger organiseres som en del av kvalitetsarbeidet

Ny lov om folkehelsearbeid

Stortinget ba i sin behandling av Samhandlingsreformen om at ”kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon”.

De viktigste punktene i lovforslaget kan oppsummeres slik:

- Kommunene får et hovedansvar for folkehelsearbeidet, og ansvaret legges til kommunen som sådan. De fleste av kommunens tjenesteområder vil bli involvert i folkehelsearbeidet.
- Kommunen får ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og lokale påvirkningsfaktorer, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune.
- Kommunen skal fastsette *mål og strategier* for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer
- Kommunene skal iverksette nødvendige *tiltak* for å møte lokale utfordringer
- Lovforslaget legger opp til større grad av langsiktighet, ved at tiltak i folkehelsearbeidet skal samkjøres med kommunens øvrige planarbeid
- Miljørettet helsevern flyttes fra kommunehelseloven til ny lov om folkehelsearbeid.
- Ordningen med kommunelege (hos enkelte benevnt som kommuneoverlege) videreføres og hjemles i den nye loven

Adm. direktørs vurdering:

De to lovene som nå er på høring utgjør viktige premisser for gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Selv om de to lovene primært regulerer kommunens oppgaver, vil utformingene av de ulike virkemidlene få innvirkning for spesialisthelsetjenestens mulighet til å møte de utfordringene vi vet vil komme.

Adm. direktør vil anbefale styret for Helse Midt-Norge RHF å vedta vedlagte høringsuttalelse.

Vedlegg 2 sak 12/11 Høringsuttalelse – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid

Høringsuttalelser fra Helseforetakene

1. Helse Sunnmøre HF (Styrebehandlet 21.12.2010)
2. Helse Nordmøre og Romsdal HF (Lagt fram i møtet 22.12.2020, men ble utsatt)
3. St. Olavs Hospital HF (Styrebehandlet 17.12.2010)
4. Helse Nord-Trøndelag HF (Administrativ uttalelse)
5. Sykehusapoteket HF (Administrativt innspill til høring Nasjonal helseplan. Også sendt inn som egen uttalelse)

Helse Nordmøre og Romsdal HF

(Lagt fram i møtet 22.12.2010, men ble utsatt)

STYRET

ST 2010/99 Framtidens helsetjeneste - Trygghet for alle – Høringssvar fra Helse Nordmøre og Romsdal HF

Behandles i:
Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF

Møtedato
22.12.2010

Saksbehandler: Einar Myklebust
Arkivreferanse: 2010/1194

Saksutredning:

Bakgrunn

Ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenester, ny lov om folkehelse og Nasjonal helse- og omsorgsplan er sendt ut på høring med frist 18. januar 2011. Helse Midt-Norge vil oversende felles høringssvar fra regionen, og ber foretakene om tilbakemelding. Det er ønskelig at svarene fra foretakene behandles i styret. Svarene fra de lokale helseforetakene blir vedlagt felles uttalelse fra Helse Midt-Norge.

I St. meld 47 (2008-2009), "Samhandlingsreformen", trakk regjeringen opp sin politikk for å imøtekomme de helsepolitiske utfordringene de kommende årene. Reformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, skal den som rammes oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren.

Samhandlingsreformen oppsummerer følgende hovedutfordringer som vi som nasjon står overfor:

- Det er ingen system i dag som ivaretar pasientenes/brukernes totale behov.
- Mange av pasientene/brukerne blir behandlet på et for høgt nivå. (Jfr. LEON prinsippet.)
- Helsevesenet kommer for seint inn slik at sjukdommen har utviklet seg for langt, og det går mye ressurser til reparasjon.
- Den demografiske utviklingen er slik at utfordringene blir større og større, og truer samfunnets bæreevne.
- I dag går hver 6. elev fra ungdomsskolen inn i helse- og omsorgsarbeid, og med samme nivå på tjenestetilbudet, vil vi i 2025 ha behov for at hver 4. elev fra ungdomsskolen blir helse- og sosialarbeider. I 2035 må hver 3. elev velge helse- og sosialutdanning.
- Mangel på arbeidskraft blir et økende problem
- Utskrivningsklare pasienter som venter på et tilbud i kommunene representerer ca 150 000 liggedøgn per år
- En del av pasientene som i dag i hovedsak innlegges på sykehus som ø.hjelp ville kunne fått et alternativt tilbud i kommunen dersom dette fantes. Dette representerer ca 400 000 liggedøgn per år.

Målene med samhandlingsreformen

For å møte utfordringene har regjeringen satt disse målene:

- Øke livskvaliteten og redusere presset på helsevesenet gjennom å satse på helsefremmede og forebyggende arbeid.
- Dempe veksten i spesialisthelsetjenesten ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten, med like god eller bedre kvalitet og kostnadseffektivitet.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.
- Effektiv ressursbruk.

Helse Nordmøre og Romsdal HF mener regjeringen peker på de viktigste utfordringene helsesektoren står overfor de kommende år. Utfordringene samsvarer i all hovedsak med de strategier som er vedtatt i regionen. Det er likevel vårt syn at regjeringen må bli tydeligere på hvilke virkemidler man er villig til å bruke i gjennomføringen av Samhandlingsreformen. I høringsbrevet sier regjeringen at ny kommunal helse- og omsorgslov skal tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Men de vil imidlertid ikke pålegge kommunene å bestemme hvordan tjenesten skal organiseres. Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt, og tilbudet skal tilpasses de lokale behov. Dette er uklart. Det bør tydeliggjøres hvilke oppgaver som skal overføres fra sykehusene til kommunene.

Hørings svar

Målene i reformen skal realiseres gjennom et sett av flere virkemidler. I den sammenheng er ny kommunal helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan sendt ut på høring. Høringen av Helse- og omsorgsplanen er nettbasert, og et ledd i departementets arbeid med planen som skal fremmes for Stortinget til våren 2011.

Dokumentene som er sendt på høring er svært omfattende, og dermed vanskelig å oversikt over. Vi har derfor valgt å gi uttalelse tilknyttet noen områder, som oppfattes som viktige for oss, og vi velger derfor å si noe om disse områdene:

- Framtidens kommunehelsetjeneste
- Framtidig sjukehusrolle
- Kvalitet og faglighet
- Helsepersonell
- Ny pasientrolle

Ansvar

Hovedtrekk i ansvaret for kommunene er:

- Ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen. I dag ligger ansvaret i kommunehelsetjenesten. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene

- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

Forebygging og helsefremmende tiltak

Det forebyggende og helsefremmende arbeidet skal styrkes, og kommunene skal ha ansvaret. Dette forslaget anses som riktig og støttes. Det er svært viktig at ansvaret tydeliggjøres, men også spesialisthelsetjenesten vil få ansvar mellom annet for å stanse sykdomsutvikling, hindre tilbakefall eller forverring av sykdom. Målet er å sikre bedre samhandling både innad i kommunen, mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Avtaler

Regjeringen foreslår at det skal lovreguleres at kommuner og spesialisthelsetjenesten skal inngå avtaler om pasientbehandling. Helse Nordmøre og Romsdal HF har årlige dialogmøter med kommunene. Det er inngått avtaler med hver enkelt kommune. Disse regulerer samarbeidet om pasientbehandlingen.

Helse Nordmøre og Romsdal støtter at det lovreguleres at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om pasientbehandling. Dagens avtaler er på mange måter en intensjonsavtale. De nye avtalene må være mye mer detaljert og skal regulere samhandlingen på et mye mer detaljert og operativt plan.

Fastlegeordningen

Fastlegene vil få en nøkkelrolle i pasientbehandlingen i kommunene, og antall fastleger vil øke de kommende årene. Dette må ikke resultere i at spesialisthelsetjenesten får økt antall henvisninger. Målet må være at dette fører til at flere behandles i førstelinjetjenesten, og at en unngår innlegging i sykehus hvor likeverdig tilbud kan gis i kommunene. Det vil kreve kompetansehevede tiltak som kan utvikles gjennom hospitering eller veiledning fra i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegeordningen har stor brukertilfredshet. Det må også sikres i framtiden. Men samtidig må kommunen få sterkere styring med innholdet i legetjenesten. Det betyr også at man må integrere fastlegene sterkere mot kommunehelsetjenesten. Et viktig framtidig område må mellom annet være å drive mer forbyggende og oppsøkende arbeid og samhandling med andre yrkesgrupper.

Fastlegene vil også være helt avgjørende for at kommunehelsetjenesten skal kunne håndtere utfordringene i eldreomsorgen. Stabile og erfarne fastleger vil kunne håndtere denne pasientgruppen på en god faglig måte. Spesialisthelsetjenesten må være tilgjengelig og gi dem faglig støtte. Det vil føre til at vi unngår mange unødvendige innleggelser.

Skal det lykkes med at kommunene får sterkere styring med fastlegene, må finansieringsordningen vurderes på nytt. En høyere fastandel vil kunne frigjøre tid for fastlegene til å rette virksomhetens sin inn mot forbygging og sykehjemsarbeid.

Døgntilbud i kommunene

Et mål med reformen er at det skal tilbys gode alternativer til sykehusinnleggelser ved at det etableres tilbud i kommunene. Vi har i dag mange innleggelser som med fordel kan overføres til kommunene. Først og fremst gjelder dette pasienter med behov for observasjon og behandling etter utskrivning fra sykehus. Suksessen med en slik ordning vil ligge i økonomiske insentiver som stimulerer til at kommuner og helseforetak ser seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene.

Høringsinstansene er bedt om å uttale seg om det bør lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for døgntilbud. Vi er usikre på om det bør lovfestes. Årsaken til det er at kommunene er av svært ulik størrelse og dermed vil ha ulike behov for slike plasser. For at det skal være økonomisk forsvarlig å etablere døgntilbud i kommunene, må tilbudet være av en viss størrelse eller knyttes opp mot andre og relevante tilbud i kommunen. For mange kommuner vil det være mer enn utfordrende. Vi vil heller tilrå at man gjennom økonomiske insentiver kan motivere kommunene til samarbeid om slike tilbud.

IKT

God pasientbehandling krever god informasjonsflyt. I dag hindres dette både av lovverket og fordi vi har ulike standarder på programmene og styringssystemer. Vi støtter derfor at det stilles nasjonale krav til standardiserte løsninger. Det betyr at det må stilles krav til leverandørene av IKT-tjenester om at de skal oppfylle nasjonale standardkrav. Dette prinsippet og også viktig når helseforetak og kommunehelsetjenesten skal legge til rette for elektronisk samhandling, som vil bidra til en mer effektiv utveksling av pasientopplysninger og dermed kvalitativ helsehjelp.

Sykehusstruktur

Utfordringene i helsesektoren vil gradvis endre seg framover. Økt spesialisering, flere eldre, økt etterspørsel etter helsetjenester, mangel på helsepersonell, økt krav til kvalitet, rask teknologisk utvikling osv, vil stille oss overfor helt andre utfordringer enn vi har i dag. For å møte utfordringene må helsemyndighetene være tydelig på innholdet i framtidige sykehustjenester. Innholdet i et lokalsykehus må defineres. Dette er uklart i dag, og kan skape unødvendige konflikter mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten om ansvaret for behandlingsforløpet.

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehusene er et felles ansvar mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne tjenesten oppfattes som selve tryggheten for befolkningen, og blir sett på som "sykehusets forlengende arm" til distriktene. Godt utbygde prehospitale tjenester, bemannet med personell med god kompetanse, sikrer befolkningen helsetjeneste av høy kvalitet. Faren med delt ansvaret, er at det kan føre til oppsmuldring. Det bør vurderes om ikke spesialisthelsetjenesten skal ha totalansvaret for de akuttmedisinske tjenestene både i og utenfor sykehusene. Vi minner om at det er helseforetakene som har ansvaret for de prehospitale tjenestene i dag. Får helseforetakene beholde dette ansvaret, vil vi kunne løfte spesialisthelsetjenesten ut av sykehusene og være mer tilgjengelig for pasientene i distriktene, hindre unødvendig innleggelse, øke kvaliteten på tilbudet og gi aktiv opplæring til tilsatte i primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten må ha et ansvar i selve utøvelsen av tjenesten, men det bør kunne dekkkes ved at det inngås forpliktende avtaler mellom partene.

Pasientrollen

I et godt pasientforløp skal pasienten være en aktiv deltaker i behandlingen. En aktiv pasientrolle innebærer stor grad av egenomsorg. Dette vil kreve enkel tilgang til informasjon om sykdommen og dens utvikling. Det må derfor legges til rette, både gjennom lovendring og utvikling av IKT-systemer at pasientene får bedre tilgang til informasjon. I dag oppfattes det av mange at loven setter stengsler for informasjonsoverføring som hindrer god behandling.

Utvikling av elektronisk overføring av informasjon må intensiveres. Intensjonene er gode, jfr innføring av Meldingsløftet. Men på grunn av ulike teknologi og manglende nasjonale standarder, går det svært tregt å gjennomføre løsningene.

Kvalitet

En god kvalitativ helsetjeneste betyr at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, involverte brukere og har god ressursutnyttelse. Dette krever tydelig ledelse, godt utbygd system for avviksregistrering og aktiv læring. Det bør utvikles felles kvalitetssystem og nasjonale kvalitetsstandarder for hele helsetjenesten som aktivt følges opp av tilsynsmyndighetene.

Rekruttering og utdanning

Rekruttering og tilgang på kvalifisert helsepersonell, blir en stor utfordring i framtiden. Som følge av økning i antall eldre og økt krav til kvalitet, vil behovet for kvalitativt godt utdannet personell, bli forsterket. En viktig motivasjonsfaktor for å få unge til å søke helse- og sosialfag, er at det legges opp til spennende utdanning med faglige utfordringer. Utdanningen av helsepersonell må tilpasses de kommende utfordringene. Det bør derfor utprøves nye og andre måter å utdanne personell på, og statusen på utdanningen må høynes.

Rekruttering av kvalifisert personell i førstelinjetjenesten til pleie- og omsorgssektoren, vil øke særlig sterkt. Det må derfor utdannes flere fagarbeidere. Det er i dag mange ufaglærte i kommunene som trenger tilførsel av kompetanse. Dette kan mellom annet løses ved at det legges til rette for at de kan ta fagbrev. Vi rekrutterer relativt bra fra de høgskoleutdannede, men det kan bli et problem i framtiden.

Den framtidige utdanningen må skje i et godt og nært samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Men det er vel så viktig med den kliniske praksisen for å sikre god kvalitet på tjenesten. Derfor må det gode samarbeid klinisk praksis mellom utdanningsinstitusjonen og helseinstitusjonene fortsette, og helseinstitusjonene må stille til rådighet et økende antall praksisplasser både i spesialisthelsetjenesten og i førstelinjetjenesten.

Videre- og etterutdanning for å holde på og tilføre kompetanse er også viktig og nødvendig. Det må brukes mer ressurser til denne form for utdanning i framtiden. Dette må også sees i lys av at tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid vil bli viktigere i framtiden. Dessuten vil prosjektrettet samarbeid kreve tilsvarende, jfr arbeidet med standardiserte pasientforløp.

Økonomi

Skal samhandlingsreformen lykkes, er økonomiske ressurser og virkemidler et nøkkelord. I dialogmøtene vi har hatt med kommunene, er alle enige om at det er bra at helsereformen setter fokus på pasientene og deres behov og at det skal satses på forebygging og behandling i nærmiljøet når det er faglig rett. Men det kommer tydelig fram at kommunene er svært usikre på om myndighetene klarer å takle økonomien som vil følge av reformen. Det er en utbredt frykt for at kommunene får nye pasienter, men ikke penger til å dekke kostnadene. Skal reformen lykkes, må kommunene føle trygghet for at de vil få økonomisk rygggrad til å ta pasientansvaret.

Utskrivingsklare pasienter har i lang tid vært et problem for sykehusene. Mange kommuner er flinke og har evne og vilje til å ta imot pasienter som ikke lenger har behov for behandling i sykehus. Andre har store problemer. Dagens betaling for pasienter som er utskrivingsklare, er mer eller mindre av symbolsk karakter. Vi støtter derfor at kommunene skal betale fullt ut for kostnadene. Utfordringen blir definisjonen på en ferdigbehandlet pasient. Dette kan løses ved at det settes en nasjonal definisjon, eller at det kan reguleres ved avtaler.

I høringsforslaget foreslås det kommunal medfinansiering ved behandling av enkelte pasientgrupper, eldre, kronikere, rehabiliteringspasienter. Begrunnelsen er at ordningen skal

stimulere kommuner til å etablere alternative tilbud i egen kommune. Vi mener at det er viktig med økonomiske insentiver som fører til at pasientene får behandling på rett nivå, bør innføres. Men det må ikke føre til at pasientene blir brikker i et spill om økonomi. Det må være klart hvilke pasientgrupper ordningen gjelder for, og det kan gjerne innføres som en prøveordning i en periode.

Adm. direktørs Innstilling:

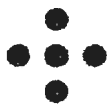
Styret i Helse Nordmøre og Romsdal HF gir sin tilslutning til forslag til høringssvar på ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenester, ny lov om folkehelse og Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Bjørn Engum
adm. direktør

Helse Nord-Trøndelag HF (Administrativ uttalelse)

Høringsuttalelse

Utkast til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov



Helse Nord-Trøndelag HF
04.01.11

INNHold:

Innholdsfortegnelse	2
Oppsummering og konklusjoner	3 – 7
Bakgrunnsmateriale for konklusjonene i Oppsummeringskapittelet:	
1. Fremtidens kommunehelsetjeneste	8 – 11
2. Helhet og sammenheng	12 – 17
3. Ny pasientrolle	17 – 18
4. Kvalitet og faglighet	18 - 19

OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER

Helse Nord-Trøndelag støtter beskrivelsen av utfordringsbildet og målsettingen med Samhandlingsreformen. Det foreslås mange viktige og gode endringer i høringsdokumentene. Likevel preges høringsdokumentene av at virkemidlene er for svake og langsiktige og det skaper usikkerhet om vilje til gjennomføringen av reformen. Tiltak skyves ut i tid, overlates til et omfattende forskriftsverk og avtaleverk mellom kommunene og helseforetakene. Manglende nasjonale grep kan resultere i statlig detaljstyring i enkeltsaker.

1. Fremtidens kommunehelsetjeneste

1.1 Legetjenesten

- 1.1.1 Helse Nord-Trøndelag støtter oppfatningen av at fastlegene ikke er godt nok integrert i kommunehelsetjenesten, og at den kommunale styringen er for svak. Kommunene må tillegges en reell styringsfunksjon i forhold til fastlegene, og den medisinskfaglige kompetansen i kommunenes styring og planlegging må styrkes.
- 1.1.2 Legetjenester i kommunale institusjoner med heldøgns opphold, rehabilitering, læring og mestring må rendyrkes og gjøres attraktive, både faglig og økonomisk. Et mulig virkemiddel kan være å organisere slike tjenester som kombinasjonsstillinger med faglig tilknytning til geriatrike eller indremedisinske eller andre relevante sykehusenheter.

1.2 Pleie- og omsorgstjenester

- 1.2.1 Helse Nord-Trøndelag slutter seg til de mål som er satt i forbindelse med Omsorgsplan 2015, men påpeker at det er viktig å iverksette tiltak som kan bidra til å skape større attraktivitet til tjenesteområdet. Dette kan bl.a. skje gjennom faglig utvikling i samarbeid med fastleger og aktører i spesialisthelsetjenesten, oppmyking av profesjonsgrenser og sterkere satsing på utviklings- og forskningsoppgaver.

1.3 Rehabilitering og habilitering

Helse Nord-Trøndelag slutter seg til de målene som er satt i høringsutkastet, men vil bl.a. bemerke:

- Det er vanskelig å trekke klare skillelinjer mellom kommunenes og sykehusenes oppgaver innenfor rehabiliteringsfeltet
- Kategoriseringen av private rehabiliteringsinstitusjoner som en del av spesialisthelsetjenesten samsvarer dårlig med den virkeligheten som fremkommer ved en mer inngående vurdering av hvordan disse tjenestene blir benyttet
- Alternativet vil være å utvikle en felles rehabiliteringstjeneste, hvor det utarbeides fastlagte kriterier for prioritering av pasientgrupper og oppgaver, og hvor samarbeidet mellom nivåene styrkes. Samarbeid om rehabilitering bør også utvikles på tvers av kommunegrensene, og med en finansieringsordning som ivaretar behovene på en mer rettferdig måte enn i dag
- Det bør etableres felles mottakenheter for henvisning til rehabilitering for å sikre ens prioritering, koordinering og registrering av etterspørsel, slik det allerede er organisert i samarbeid mellom Helse Nord-Trøndelag og rehabiliteringsinstitusjonene

- Anbudsprinsippet bør ikke anvendes ved inngåelse av avtaler mellom de regionale helseforetakene og rehabiliteringsinstitusjonene. Dette prinsippet bør erstattes av planer for hvilke pasientgrupper og rehabiliteringstjenester som skal være prioritert og tilgjengelige i rimelig reiseavstand fra brukernes bosted
- Helse Nord-Trøndelag mener at spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud til definerte pasienter med omfattende rehabiliteringsbehov må opprettholdes

2. Helhet og sammenheng

2.1 Sykehusstruktur

- Nedbygging/avvikling av mindre lokalsykehus kan bli en selvoppfyllende prosess, dersom det ikke sørges for å avklare hva lokalsykehusenes funksjon skal være
- Det vil være helt nødvendig å definere innholdet i lokalsykehusbegrepet, og dette innholdet må være det samme, uavhengig av geografi eller befolkningsstørrelse
- I forbindelse med krav til organisering av døgnkontinuerlig akuttmedisinsk beredskap bør det vurderes som en mulighet å opprette kombinerte legehjemler for spesialister som kan arbeide både i sykehus og i tiliggende sykehusområder
- Lokalsykehusene bør gies konkrete oppgaver i forhold til syke gamle (se presisering av forutsetninger sidene 12 og 13) og andre kronikergrupper

2.2 Tilgjengelighet

- Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det i forbindelse med beskrivelsen av lokal sykehusfunksjonen også settes minstekrav til tilgjengelighet, uttrykt som gjennomsnittlig reisetid med ambulanse fra aktuelle kommunesentre til nærmeste sykehus
- Helseforetaket støtter også forslaget om å utarbeide krav til tilgjengelighet til allmenlegetjenesten, og minner i denne forbindelse om at et slikt krav ikke bare vil gjelde pasienter, men også samarbeidende helsepersonell

2.3 Akuttmedisin

- I forbindelse med innføring av triage i ambulansetjenesten og akuttmottakene bør det vurderes å utvide prinsippene for triagering til å omfatte allmenlegene, slik at presisjonsnivået mellom samarbeidende helsepersonell blir forbedret ved vurderingen av hastegrad og alvorlighet, og at slike vurderinger uttrykkes i et felles språk
- Det bør være en målsetting å etablere "akuttplasser" i kommunale heldøgns institusjoner. Slike plasser skal kunne disponeres av allmenleger i samarbeid med institusjonsledelsen, og skal kunne etableres i den enkelte kommune eller i samarbeid mellom flere kommuner, avhengig av behov og tilgang til kompetanse og personellressurser. Det vil også være naturlig at lokaliseringen av legevaktsentralene blir sett i sammenheng med etableringen av slike plasser

2.4 Desentraliserte spesialisthelsetjenester

- Helse Nord-Trøndelag støtter høringsforslaget vurderinger av behovet for å yte desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Det anbefales at det utarbeides mer presise retningslinjer for utøvelse av veiledningsplikten mellom sykehus og primærhelsetjenestens personell

2.5. Finansiering av helsetjenesten

- Et overordnet prinsipp må være at finansieringen av helsetjenestene skal understøtte de målene man arbeider mot
- Helse Nord-Trøndelag støtter høringsforslagets målsetting om at kommunene kan ta en større del av pasientforløpet for enkelte pasientgrupper. Helseforetaket vil imidlertid advare mot at dette knyttes til enkeltpasienter eller bestemte pasientgrupper (det vises her til begrunnelse i vedlegg side 16)
- Helse Nord-Trøndelag vil også advare mot at en del av driftsrammen i helseforetakene skal overføres til de kommunene som har utskrivningsklare pasienter i sykehusene. Dette vil være uheldig i forhold til de mange kommunene som allerede finner nødvendige løsninger og ivaretar sitt ansvar for overføringsklare pasienter
- Helse Nord-Trøndelag har gjennom dagens samhandlingsmodell redusert problemstillingen med utskrivningsklare pasienter til et minimum uten at betalingsordninger knyttes til den enkelte pasient
- Helse Nord-Trøndelag vil anbefale at kommunal medfinansiering gjennomføres med grunnlag i normer for gjennomsnittlige forbruksrater av sykehustjenester (poliklinikk og innleggelse), hvor det er tatt hensyn til alderssammensetning og sykkelighet i befolkningen. En slik ordning vil fjerne fokuseringen av enkeltpasienter og samtidig gi et stimulus for kommunene til å tenke langsiktig
- Helse Nord-Trøndelag vil også anbefale at det foretas en nærmere vurdering av finansieringsordningen for sykehus, slik at målsettingen om å dreie virksomheten fra innleggelse til dagbehandling og poliklinikk og ambulante tjenester, blir understøttet av økonomiske insitamenter
- Helse Nord-Trøndelag vil anbefale at det raskt gis en avklaring på finansieringsansvaret mellom kommuner og sykehus når det gjelder dyre medikamenter til pasienter som overføres annet omsorgsnivå. Eksempel på dette kan være antibiotikabehandling og cellegiftkurer.

2.6 Psykisk helse (voksen og barn), Rus og Habilitering (voksen og barn)

- Helse Nord-Trøndelag støtter de mål som er skissert for perioden, men bemerker at det med unntak av tiltak i akutsituasjoner er ofret lite omtale av disse områdene, sett i forhold til at dette i samhandlingsreformen omtales som et satsningsområde. Helse Nord-Trøndelag synes den manglende omtalen av disse områdene er en alvorlig mangel ved høringsdokumentene
- I anledning ny helsereform ville det her være naturlig å tenke større integrasjon mellom rus og psykiatri

3. Ny pasientrolle

3.1 Pasientforløp og brukervedvirkning

- Helse Nord-Trøndelag støtter forslaget om å tydeliggjøre plasseringen av ansvaret for individuell plan til kommunen og tydeliggjøringen av funksjonen som personlig koordinator
- Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det vurderes å lovfeste at pasienter som avslutter et sykehusopphold eller en poliklinisk konsultasjon skal tilbys kopi av aktuelt sluttnotat. Det bør i denne sammenheng stilles krav til språk og innhold som oppfyller fastsatte minstekrav for å understøtte pasientens rett til informasjon og medvirkning

- Spesialisthelsetjenesten vil tilby kommunene bistand med oppbygging av lærings- og mestringstilbud/frisklivssentraler. Opparbeidet pedagogisk kompetanse og erfaringer gjennom år ansees å være nyttig i denne sammenheng.
- Brukererfaring – inklusive brukermedvirkning skal aktivt nyttes ved utvikling av samhandlingstiltak

3.2 Frivillig arbeid og ideelle organisasjoner

- Helse Nord-Trøndelag støtter de mål som er formulert og er enig i de virkemidler som skisseres

3.3 Pasient/brukers prosessrettigheter etter pasientrettighetsloven jf forvaltningsloven

- Helse Nord-Trøndelag HF støtter forslaget om felles klageadgang for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
- Helse Nord-Trøndelag HF støtter forslaget om at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal gjelde for avgjørelser om tildeling av hjemmetjenester og plass i institusjon utover to uker. Det må presiseres i utkastet til pasientrettighetsloven § 2-7 annet ledd at avgjørelser om slike tjenester av kortere varighet enn to uker skal omfatte pasienter/brukere der det er overveiende sannsynlig at tjenesten ikke strekker seg utover to uker. En slik formulering må inntas i lovteksten for å unngå at tjenester ikke utmåles for mer enn to uker ad gangen og slik at klageretten i praksis blir illusorisk
- Helse Nord-Trøndelag HF er ikke enig i endringsforslagene i pasientrettighetsloven § 7-6 som gir klageinstansen en snevrere adgang til å prøve kommunens frie skjønn enn etter forvaltningsloven § 34 og som avskjærer klageinstansens adgang til å treffe nytt vedtak. Konsekvenser av forslagene er ikke tilstrekkelig drøftet og tydeliggjort.

4. Kvalitet og faglighet

4.1 Kvalitet og læringskultur

- Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det vurderes å innføre IPLoS som et obligatorisk felles verktøy for beskrivelse av hjelpebehov/funksjonssvikt hos pasienter ved overføring mellom nivåene

4.2 Forskning og innovasjon

- Det vil være et paradoks om ikke forskning og utviklingsarbeid blir lovregulert på samme måte som spesialisthelsetjenesten. Helse Nord-Trøndelag mener at det ikke vil være tilstrekkelig at partene "på frivillig basis skal vurdere om forskning skal inngå i avtalene mellom kommuner og HF" (pkt. 18.1).
- Utfordringene kan etter helseforetakets vurdering løses gjennom forpliktende avtaler med høyskoler/universitet, evt. de lokale helseforetakene og ikke minst de regionale sentrene for omsorgsforskning. Dette forutsetter øremerkede midler til FoU-tiltak i kommunene i forbindelse med reformen (se nærmere beskrivelse side 15)

4.3 Pasientsikkerhet

- Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det utvikles et felles kvalitetssystem og nasjonale kvalitetsstandarder for hele helsetjenesten

- Helse Nord-Trøndelag mener at det fortsatt bør være Helsetilsynet i fylkene, evt. Statens Helsetilsyn, som skal behandle meldinger om alvorlige uønskede hendelser

4.4 Forsvarlighetskravet

- Helse Nord-Trøndelag HF støtter ikke beskrivelsen av forsvarlighetskravet som en grenseverdi på en kvalitetsskala. Helse Nord-Trøndelag HF ser forsvarlighetskravet som en norm som beskriver god faglig praksis der vesentlige avvik fra god praksis utgjør grensen for uforsvarlighet. Det må være et spillerom mellom det som er forsvarlig og det som er uforsvarlig.

4.5 IKT

- Kommunen og virksomhet som har avtale med kommune om å yte helse- og omsorgstjenester må ha samme lovpålagte plikt som spesialisthelsetjenesten til å sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.
- Arbeidet med regional kjernejournal støttes.
- Forslaget om å lovfeste at helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre skal føres og utleveres elektronisk støttes.
- Forslaget om å forskriftsfeste sentrale funksjonskrav og behov for økt nasjonal standardisering på IKT-systemer og forslaget om sertifisering støttes.
- Det er viktig å tidsfeste når forskjellige tiltak skal være gjennomført

5. Helsepersonell – utdanning – rekruttering

Det er enighet om utfordringen – framtidig mangel på helsepersonell vil bli krevende.

- Utdanning må skje i nært samarbeid med praksisplasser. Studenter i praksis er den viktigste rekrutteringskilde
- Praksisplassene må utvides i takt med nye pasientarenaer og pasientforløp
- Helse Nord-Trøndelag støtter forslaget om at kommunene tar et større og definert ansvar for praksisopplæring
- Praksisstudier må kostnadsberegnes
- Utdanningene må i større grad styrke tverrfaglig samarbeid
- Etablere utdanningsstillinger og modulbaserte utdanninger
- Kombinasjonsstillinger vil kunne virke rekrutteringsfremmende
- Mange små stillinger kan virke rekrutteringshemmende
- Arbeidsgivere og utdanningsinstitusjoner må på en strukturert måte bygge solide fagmiljø
- Kommune- og spesialisthelsetjeneste må bygge felles nettverk for å holde oversikt og ivareta utdannings- og rekrutteringsutfordringer

6. Ny folkehelselov

Helse Nord-Trøndelag støtter intensjonene i ny folkehelselov med tydeligere satsing og helhetlig ansvar til kommunene

- For å innfri de nye målsettingene må kommunene settes i stand til det gjennom ressursmessige virkemidler
- Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på regionalt nivå og gjennom samarbeid råd og veiledning understøtte kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid

BAKGRUNNSMATERIALE FOR KONKLUSJONENE I OPPSUMMERINGSKAPITTELET

1. Fremtidens kommunehelsetjeneste

1.1 Legetjenester i kommunene

Helse Nord-Trøndelag støtter oppfatningen om at fastlegene ikke er godt nok integrert i kommunehelsetjenesten, og at den kommunale styringen er for svak. Kommuneoverlegen må tillegges en reell styringsfunksjon i forhold til fastlegene.

Sterkere integrering – tverrfaglig og tverretattlig samarbeid

For at målsettingen om en sterkere samhandling skal kunne gjennomføres, må det innføres ordninger som gir kommuneledelsen mulighet til å trekke legene med i tverrfaglig samarbeid. Dette vil gjelde både *innad i førstelinjetjenesten* og i forhold til oppgaver som skal løses i *samarbeid med spesialisthelsetjenesten*.

Helse Nord-Trøndelag har gjennom de siste 15 år arbeidet systematisk med å utvikle sitt samarbeid med de 26 kommunene som regelmessig benytter våre spesialisthelsetjenester. Erfaringen er at fastlegene hittil praktisk talt ikke deltar i de *samhandlingsarenaer* det vil være naturlig å bygge på.

Erfaringen er også at personell som arbeider i pleie- og omsorgstjenestene i disse kommunene i stor grad etterlyser *faste arenaer for samarbeid med fastlegene*. Dette gjelder særlig i forhold til overordnet planlegging og systemmessige utfordringer.

Arbeidsoppgavene

- *Når helsetjenesten i fremtiden skal arbeide med et sterkere fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak, vil sterkere integrering av legetjenestene være en viktig forutsetning for å lykkes*
- *Kommunens kartlegging, registrering og oppfølging av viktige problemområder eller sykdomsgrupper avhenger av at legene i sterkere grad deltar i et målrettet samarbeid*
- *Legens medvirkning er bl.a. en forutsetning i forhold til systematisk vurdering og dokumentasjon av medisinerbruk, utarbeidelse av individuelle behandlingsplaner, identifisering av risikogrupper, avvikshåndtering og brukeropplæring*
- *Finansieringsordningen for legetjenesten er trolig medvirkende til at legevaktordningen i økende grad fungerer på legens premisser, bl.a. slik at selv pasienter som har store problemer ved forflytning må møte opp på legekortoret. Finansieringen må derfor endres slik at det understøtter pasienters behov for legetilgyn i egen bolig, når dette ut fra pasientperspektivet er hensiktsmessig*

Legetjenester i kommunale heldøgns institusjoner

Det er allmenn enighet om at timeressursene for legetjenester i heldøgns institusjoner må økes, som en forutsetning for at tjenestetilbudet skal forbedres og oppgavedelingen mellom nivåene skal kunne endres.

- Det kan stilles spørsmål ved hensiktsmessigheten av at fastleger blir pålagt oppgaver som tilsynsleger, uten at dette sikrer interesse og engasjement for tjenesten. *Legetjenester i kommunale institusjoner med heldøgns opphold, rehabilitering, læring og mestring må revideres og gjøres attraktive, både faglig og økonomisk.*
- *Et mulig virkemiddel kan være å organisere slike tjenester som kombinasjonsstillinger med faglig tilknytning til geriatrike eller indremedisinske sykehusenheter.*

- *Et annet viktig virkemiddel er å sørge for at slike tjenester blir økonomisk og arbeidsmessig attraktive*

Kommunelegens rolle

- *Videreføringen av kommuneoverlegefunksjonen støttes*
- *Medisinskfaglig kompetanse i kommunens styring og planlegging må styrkes*
- *Oppgavene som er listet opp på side 193 i høringsbrevet bør tillegges kommunelegefunksjonen*
- *Kommunelegen må ha funksjon som medisinskfaglig rådgiver for rådmannen*

1.2 Pleie- og omsorgstjenester

Helse Nord-Trøndelag slutter seg til de mål som er satt i forbindelse med Omsorgsplan 2015. Viktige momenter for å kunne oppfylle målsettingene vil være å *skape større attraktivitet* til tjenesteområdet, bl.a. gjennom

- *kartlegging av innsatsområder og utvikling av felles strategier for helsefremmende og forebyggende tiltak*
- *oppmyking av profesjonsgrensene, eksempelvis når det gjelder oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom*
- *oppbygging og vedlikehold av kompetanse i den kommunale tjenesten, slik at oppgavene kan bli utvidet og mer varierte*
- *tydeligere innsats på tiltak innrettet for prioriterte pasientgrupper i samarbeid med fagpersonell i sykehus*
- *synliggjøring av utviklingstrekk og effekter gjennom utvikling av felles styringsdata mellom kommuner og sykehus*
- *forskriftsfestede knøv til innføring av faste samarbeidsmøter mellom leger og sykepleiere innad i kommunehelsetjenesten*

1.3 Rehabilitering og habilitering

Helse Nord-Trøndelag har gjennom mange år arbeidet systematisk med utfordringer innenfor rehabiliteringsfeltet. I særlig grad har disse utfordringene handlet om

- forståelsen av rehabiliteringsbegrepet
- prioritering av rehabiliteringsoppgaver
- bruken av plasser i eksterne rehabiliteringsinstitusjoner
- oppgavedelingen mellom kommunale og statlige rehabiliteringstjenester

Felles mottaksenhet for henvisning til rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Nord-Trøndelag har i dialog med de eksterne rehabiliteringsinstitusjonene i fylket og Helse Midt-Norge opprettet en *felles mottaksenhet for henvisninger som gjelder spesialisert rehabilitering*. Hensikten er bl.a. å oppnå

- *en mer standardisert prioritering i bruken av de plassene som står til rådighet*
- *sterkere profilering av rehabiliteringstilbudet*

- bedre *koordinering* i disponeringen og utnyttelsen av plasser
- løpende oversikt og *kunnskap om etterspørselen* etter rehabiliteringstilbud både fra primærhelsetjenesten og sykehusene

Erfaringen viser at

- det er betydelige variasjoner i etterspørsel og forbruksrater på kommunenivå
- 71 % av henvisningene fra primærlege ble innvilget rett til nødvendig helsehjelp i 2009
- 49 % av henvisningene til institusjonene i Nord-Trøndelag kom fra primærleger i fylket, mens 42 % kom fra primærleger i Sør-Trøndelag og 7% fra primærleger i Nordland
- den største pasientgruppen i 2009 var knyttet til behov for *opptrening* etter elektive ortopediske eller andre kirurgiske inngrep
- 70 % av søknadene fra primærhelsetjenesten gjelder pasienter >60 år
- 84 % av søknadene fra sykehusene gjelder pasienter >60 år
- nærhetsfaktoren har stor betydning for bruk av rehabiliteringsinstitusjoner, 94 % av søknadene fra allmenlegene i Nord-Trøndelag er rettet til institusjoner i eget fylke

Henvisninger fra sykehusenes egne enheter blir i hovedsak behandlet som henvendelser om *spesialisert rehabilitering, uten at det foreligger egnede kriterier for å skille mellom kommunale og statlige oppgaver. Det er grunn til å anta at søknader fra sykehusene i stor grad er utløst av utilstrekkelige tilbud i kommunehelsetjenesten, - eller uklare oppfatninger om hva begrepet rehabilitering innebærer.*

Anbudsprinsippet

Etter den anbudsrunder som ble gjennomført i 2009 ble det inngått avtaler mellom aktuelle institusjoner i Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge med følgende rammer:

- *Kastvollens rehabiliteringssenter* i Inderøy: 23 døgnplasser med tilbud 365 dager i året. Tjenester innen neurologi og ortopedi
- *Meråker Samfunnsforenings rehabiliteringssenter*: 30 døgnplasser 365 dager i året og 4 dagplasser 235 dager i året. Tjenester innen habilitering, hjerneslag, revmatiske lidelser og ortopedi
- *Namdals rehabilitering* i Høylandet: 8 døgnplasser 323 dager i året. Tjenester innen ortopedi

I tillegg har *Helse Nord-Trøndelag* en avdeling med 15 døgnplasser ved Sykehuset Levanger.

Helse Midt-Norges avtaler omfatter for øvrig

- *Murivnet AS* i Valldal med 44 plasser og tjenester innen sykkelig overvekt, lungesykdommer og overvekt
- *Selli rehabiliteringssenter* i Klæbu med 25 døgnplasser og 190 dagplasser, - tilbud innen hjerte/karsykdommer, lungesykdommer, pasienter som har gjennomgått større operative inngrep innen bløtdelskirurgi og ortopedi
- *Copernisenteret* i Trondheim med 10 dagplasser, - tilbud innen tinnitus og smerteproblematikk
- *Betania* i Malvik med 22 døgnplasser og 18 dagplasser, - tilbud innen psykiske lidelser, hjerneslag, ortopedi, amputasjoner, revmatiske lidelser, eldre pasienter med hjerneskadener etter sykdom og traumer
- *Røros rehabiliteringssenter* med 60 døgnplasser, tilbud innen sykkelig overvekt, hjerte/karsykdom og lungesykdom

Anbudsprinsippet har resultert i at rehabiliteringstilbudene og tilgjengeligheten til tjenester ved eksterne rehabiliteringsinstitusjoner er blitt svært ulikt fordelt i helse-regionen.

Det er også grunn til å påpeke at bare en av disse institusjonene er drevet og finansiert i et samarbeid mellom kommuner, nemlig Namdal rehabilitering hvor 15 kommuner i Namdalen står ansvarlig for det meste av driften av i alt 26 plasser, hvor det etter anbudsrunden med Helse Midt-Norge i 2009 er stilt statlige midler til rådighet for bare 8 av disse plassene.

Spesialisert rehabilitering

Som nevnt er det vanskelig å trekke et skarpt skille mellom kommuner og sykehus når det gjelder rehabilitering. Det forhindrer ikke at det innenfor dette feltet er og fortsatt vil være oppgaver som skal og må håndteres på sykehusnivå, og at sykehusene i tillegg har en vesentlig oppgave i å gi råd og veiledning til kommunene innen tjenesteområdet.

Høringsutkastet

Helse Nord-Trøndelag slutter seg til de *målene* som er satt i høringsutkastet, men har gjennom flere års erfaringer og samarbeid både med kommuner og eksterne rehabiliteringsinstitusjoner følgende synspunkter:

- det er ofte **vanskelig å trekke klare skillelinjer** mellom kommunenes og sykehusenes oppgaver innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Etterspørsel og bruk av spesialisttjenester blir ofte bestemt av den enkelte kommunes situasjon m.h.t. kompetanse og kapasitet
- kategoriseringen av private rehabiliteringsinstitusjoner *som en del av spesialisthelsetjenesten* bygger på lovverkets bestemmelser, men *samsvarer dårlig med den virkeligheten som fremt kommer ved en mer inngående vurdering av hvordan disse tjenestene blir benyttet.* Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å opprettholde et skarpt faglig og økonomisk skille mellom nivåene innenfor rehabiliteringsfeltet. **Alternativet vil være å utvikle en felles rehabiliteringstjeneste hvor det utvikles fastlagte kriterier for prioritering av pasientgrupper og oppgaver, og hvor samarbeidet mellom nivåene styres**
- med hensyn til de utfordringer man vil møte i årene framover bør det være en nasjonal oppgave å sørge for at tjenester innen habilitering/rehabilitering i større grad blir ivaretatt gjennom **interkommunalt samarbeid og samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene**, med tydeligere og riktigere prioritering av oppgaver, og med en finansieringsordning som ivaretar disse behovene på en mer rettferdig måte enn i dag
- et viktig tiltak vil være at kommuner samarbeider om å etablere **felles rehabiliteringstjenester, enten** etter modell av Namdal rehabilitering, hvor kommunale rehabiliteringstjenester i nå-situasjonen er samlokalisert med egne plasser for spesialisert rehabilitering, **eller** gjennom interkommunale rehabiliteringstjenester i lokalmedisinske sentre
- det vil også være viktig å etablere **felles mottaksenheter** for å sikre ens prioritering, koordinering og registrering av etterspørsel, slik det allerede er organisert i Helse Nord-Trøndelag. Dette vil sikre at kommuner og helseforetak på en helt annen måte enn hittil får oversikt over situasjonen innen rehabiliteringsfeltet
- **anbudsprinsippet bør ikke anvendes** ved inngåelse av avtaler mellom de regionale helseforetakene og rehabiliteringsinstitusjonene, men bør erstattes av planer for hvilke pasientgrupper og rehabiliteringstjenester som skal være prioritert og tilgjengelige i rimelig reiseavstand fra brukernes bosted

2. Helhet og sammenheng

2.1 Sykehusstruktur

Spesialisthelsetjenesten har allerede lenge vært under omstilling, dels som følge av

- o ny teknologi og medisinske fremskritt
- o endringer i finansieringssystem og økonomiske rammebetingelser
- o økende etterspørsel av tjenester
- o sterkere vektlegging av kvalitet
- o sterkere fokus på oppgavedeling mellom sykehus
- o omstilling fra døgn- til dagbehandling
- o endringer i ambulansetjenesten
- o endrete kommunikasjonsforhold
- o endringer i kommunehelsetjenesten

Noe av endringene i sykehusdriften har medført *sentralisering* av enkelte oppgaver, mens det samtidig har vært arbeidet med *desentralisering*, og i noen grad økt *tilbakeføring* av oppgaver til kommunehelsetjenesten.

Lokalsykehus - universitetssykehus

I de kommende årene legges det opp til ytterligere *sentralisering* og *desentralisering* av spesialist-tjenester, samtidig som det målsettes at en større andel av de samlede oppgavene i helsetjenesten skal løses av kommunene gjennom en samhandlingsreform. En følge av dette er at det naturlig vil oppstå diskusjon om *lokalsykehusenes fremtidige rolle*. I denne forbindelse er det naturlig å minne om at *de fleste universitetssykehus i Norge også har en lokalsykehusfunksjon* som omfatter anslagsvis 70-80% av deres pasientgrunnlag.

De lokalsykehusene som betjener befolkningen i områder med spredt bosetting og lange reiseavstander har alltid representert en *trygghets- og rekrutteringsbase* i sine dekningsområder. I forbindelse med samhandlingsreformen er det oppstått en debatt som i varierende grad reiser spørsmål om disse lokalsykehusenes fremtid.

Er det slik at vi i Norge skal ha to typer lokalsykehus?

- lokalsykehus for områder med stort befolkningsgrunnlag og korte reiseavstander
- lokalsykehus for områder med lavt befolkningsgrunnlag og lange reiseavstander

Argumentasjonen fra de som mener å kunne avvike eller redusere tjenestetilbudet i lokalsykehus med et lavt befolkningsgrunnlag handler i stor grad om *at pasienter i fremtiden må reise lengre for å få tilgang til spesialisthelsetjenester, og at dette vil oppveies ved bedre kvalitet i tjenestene*. Denne type argumentasjon har gjerne sin opprinnelse blant personer som bor og arbeider sentralt, og som i begrenset utstrekning selv vil bli berørt av en slik strategi. Argumentasjonen bygger også på en forestilling om at det raskt vil kunne etableres ressurser og kompetanse i den kommunale helsetjenesten, slik *at omfordelingen av oppgaver mellom kommuner og sykehus vil kunne gjennomføres over et kort tidsrom, og i betydelig omfang*.

Det reiser seg imidlertid et spørsmål om hvordan samhandlingsreformens ideer skal kunne oppfylles i forhold behovet for å sikre *oppbygging og vedlikehold av kompetanse, samt nåddgjøring/veiledning til personell i kommunehelsetjenesten*. Dette omfatter også en vurdering av *tidsperspektivet i forhold til målsettingene* om å bygge opp en kompetanse som kan muliggjøre samhandlingsreformens mål.

Det er viktig å påpeke at den helsepolitiske debatten i seg selv bidrar til å skape en *betydelig usikkerhet om de mindre lokalsykehusenes fremtid*. Dermed forsterkes utfordringene når det gjelder

rekrutteringen av nøkkelpersonell, slik at nedbygging av lokalsykehus kan bli en selvopplyllende prosess betinget av rekrutteringssvikt.

Det er derfor nødvendig å definere innholdet i lokalsykehusbegrepet, og dette innholdet må være det samme uavhengig av geografi eller befolkningsstørrelse.

Høringsutkastet

Helse Nord-Trøndelag slutter seg til høringsutkastets stadfesting av at ingen lokalsykehus skal legges ned, men viser til at den pågående debatten om lokalsykehusene allikevel kan føre til at avviklingen i enkelte tilfelle blir en selvopplyllende prosess.

Helse Nord-Trøndelag støtter også den oppfatning at lokalsykehusene skal spille en viktig rolle overfor pasientgrupper som omfatter eldre pasienter, pasienter med kroniske sykdommer og livsstilssykdommer. *Denne målsettingen forutsetter at lokalsykehusene fortsatt kan opprettholde faglig attraktive miljø med mulighet for å drive utviklingsarbeid i tett dialog med kommunehelsetjenesten.* Det er vanskelig å tenke seg at sykehus med større avstand og begrenset lokalkunnskap skal makte å utvikle og vedlikeholde en god dialog og et godt samarbeid med personell i kommunehelsetjenesten i distrikts-Norge, uten at det settes av betydelig økte personellressurser til utvikling og vedlikehold av kompetanse for denne oppgaven.

Helse Nord-Trøndelag gir sin tilslutning til de mulige virkemidler og prinsipper som er skissert. *Helseforetaket vil dessuten foreslå at det i forbindelse med knro til organisering av døgnet kontinuerlig akuttmedisinsk beredskap blir vurdert som en mulighet å opprette kombinerte legehjemler for spesialister som kan arbeide både i sykehus og i tilstøtende kommuncområder.*

Dette kan eksempelvis være aktuelt for å sikre tilgangen til bedre legetjenester i kommunale helse- og omsorgstjenestemiljøer, ambulerende tjeneste i områder med lange reiseavstander, opplæring, veiledning og rådgivning, samtidig som funksjonen beredskapsmessig knyttes til de aktuelle sykehusavdelingene ordningen omfatter.

Helse Nord-Trøndelag er enig i at samling av sykehusbehandling må skje på områder hvor dette er nødvendig ut fra kvalitetskrav. Det er i denne sammenheng *gjøm til å etterhva bedre dokumentasjon av total kvaliteten i helsetjenesten.* Det er også naturlig å påpeke at de *store ulikhetene i helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser* bør settes i fokus, slik at prinsipper for avviksregistrering og – kategorisering blir standardisert. Dette må sees i sammenheng med andre kriterier for kvalitet, - eksempelvis håndtering av henvisninger, forekomst av reinnleggelses og komplikasjoner, måling av pasienttilfredshet etc. På denne måten vil det være mulig å sammenligne et sett av kvalitetsindikatorer mellom sykehusene.

Sykehustjenester til gamle pasienter

Behovet for å styrke *kompetansen i forhold til behandling av eldre pasienter* har vært økende gjennom mange år, uten at dette behovet er blitt dekket på en tilfredsstillende måte. Kravet til økonomisk kontroll har derimot ført til et økende press på sengerressurser og liggetider som samsvarer dårlig med at eldre pasienter ofte har kroniske, sammensatte og tidkrevende tilstander, hvor lokalsykehusenes ansvar for å utrede, behandle, veilede og gi opplæring burde være langt bedre ivaretatt. Gamle mennesker tåler dårlig lange transporter, - lokalsykehuset betyr for disse pasientene både kvalitet og trygghet.

Den geriatriske kompetansen er ikke utelukkende avhengig av legekompentanse, men må deles med sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter og andre profesjoner som inngår i *tverrfaglige team*.. Slike team vil ha oppgaver både innad i lokalsykehuset og i en utadrettet virksomhet gjennom rådgivning og ambulant virksomhet i kommunene. Dersom dette skal fungere

etter sin hensikt, må det være en klar forutsetning at lokalsykehuset ikke tappes for funksjoner i et omfang som gjør det umulig å opprettholde en tilfredsstillende grad av tverrfaglighet.

Det er et tankekors at 80 % av pasienter i aldersgruppen over 80 år innlegges i sykehus som øyeblikkelig hjelp. En registrering ved Sykehuset Namsos våren 2008 viste at ca. 6-7 % av sykehusopphold utløst som øyeblikkelig hjelp primært burde vært ivaretatt i egen kommune dersom det hadde vært lagt til rette for det, og at 7-8 % av oppholdene kunne vært tidsbegrenset ved overføring til egnet kommunal institusjon (dersom dette hadde vært tilrettelagt) etter at tilstanden var diagnostisk avklart. Gjennomsnittsalderen for disse pasientene var 77 år. *De resterende 85 % av sykehusinnleggelsene gjaldt pasienter som var alvorlig syke*, og som hadde behov for utredning og behandling på spesialistnivå. Men hvorfor ble de innlagt som øyeblikkelig hjelp? Mange av disse pasientene hadde vært syke over lengre tid forut for selve oppholdet. Sannsynligvis er forklaringen å finne i en kombinasjon av flere faktorer:

- manglende kompetanse
- manglende oversikt og sekundærforebygging i forhold til risikoutsatte kronisk syke
- manglende ressurser (personell og tid) i den kommunale helsetjenesten
- mangelfull organisering og samhandling mellom profesjonene og nivåene

Dersom disse faktorene hadde vært på plass, kunne trolig flere syke gamle ha fått sine tjenestebehov ivaretatt som planlagte tilbud, både i forhold til transport, utredning og behandling.

Konklusjonen bør være, at lokalsykehusene gies konkrete oppgaver i forhold til syke gamle:

- det må være en tverrfaglig geriatriisk kompetansebase ved alle lokalsykehus
- lokalsykehuset må beholde den flerfaglige breddekompetansen som i dag finnes, for å oppfylle målsettingen om nærhet og trygghet for de sykeste gamle
- lokalsykehuset må ha gode avtaler med kommunene og tilstrekkelige ressurser til å samarbeide med kommunene i utadrettede ambulante team
- gjennom et slikt samarbeid skal det være mulig å bygge opp og vedlikeholde kompetanse både innad i lokalsykehuset og i kommunene, slik at det skal være mulig å gi kvalitet i tjenestene til skrøpelige eldre pasienter ved de lokale sykeheimene, når det ikke har behov for sykehusets mer omfattende tjenester
- det må kunne forventes at studiestedene, høyskolene og universitetene prioriterer det geriatriiske fagområdet og gir undervisning som sikrer tilgangen til fagpersonell på alle nivå i helsetjenesten.

2.2 Tilgjengelighet

Begrepet "tilgjengelighet" kan tolkes på mange måter og har ulik betydning avhengig av ståsted. Mål som har vært mye brukt, er *ventetider* og *prioriteringspraksis*. Vi kjenner mindre til hvordan brukere opplever *telefonisk tilgjengelighet* til sin fastlege, eller hvordan *ventetid for time* til fastlege varierer.

- Vi *væ* at legene i de kommunale tjenestene gjennom de siste tiårene i økende grad har praktisert krav til at pasienten skal møte opp på legekantoret, uavhengig av sin funksjonstilstand eller hjelpebehov

- Vi vet også at ressurssterke pasienter som kjenner sine rettigheter vil ha en annen tilgjengelighet enn de store pasientgruppene som i nå-situasjonen ikke har tilgang til eller kunnskap om bruk av dataverktøy
- vi vet at pasienter som bor i områder med spredt bosetting har en helt annen tilgjengelighet til tjenesteapparatet enn pasienter som bor i tettbygde strøk.

Mål for perioden og mulige virkemidler

Helse Nord-Trøndelag støtter målene for perioden slik de er formulert, men savner en konkretisering av hvordan man skal kunne oppfylle et *minstekrav når det gjelder reisetid til sykehus*, - kfr. målsettingen om at tilgjengelighet til gode og likeverdige helsetjenester skal være uavhengig av bosted. Situasjonen i Midt-Norge kan på dette området beskrives i form av *gjennomsnittlig transporttid fra ulike kommunesentra med ambulanse til nærmeste sykehus*, hvor forskjellene allerede er betydelige mellom de ulike befolkningsområdene, og hvor en eventuell sentralisering av lokalsykehusfunksjoner ytterligere vil bidra til å forsterke ulikhetene.

Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det i forbindelse med beskrivelsen av lokalsykehusfunksjonen også settes minstekrav til tilgjengelighet, uttrykt som gjennomsnittlig reisetid med ambulanse fra aktuelle kommunesentre til sykehus.

Helse Nord-Trøndelag støtter målet om at moderne kommunikasjonsformer skal tas i bruk for pasienter og personell, men vil samtidig minne om at det fortsatt i mange år vil være store pasientgrupper som i begrenset utstrekning kan bruke slik teknologi. Det er også grunn til å påpeke at innføringen av elektronisk verktøy i for stor grad har vært knyttet til bestemte profesjonsgrupper, og at dette i mange tilfelle har skapt problemer i form av ikke-kompatible datasystemer. Helseforetaket støtter derfor forslaget om å etablere en felles helseportal for helseinformasjon som samler alle aktuelle informasjonstjenester.

Helseforetaket støtter også forslaget om å utarbeide krav til tilgjengelighet til allmenlegetjenesten, og minner i denne forbindelse om at et slikt krav ikke bare vil gjelde pasienter, men også samarbeidende helsepersonell.

2.3 Akuttmedisin

Fastlegeordningen skal i utgangspunktet avsette tid til øyeblikkelig hjelp-henvendelser. *Det bør kartlegges hvordan dette praktiseres*, etter som praksis trolig varierer betydelig. Det er heller ingen tvil om at fastlegenes ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp-henvendelser i noen grad kommer i konflikt med ønsket om å holde ventetiden for planlagte timeavtaler på et hensiktsmessig nivå. Et alternativ vil derfor være å innføre *daglegevakt* i områder med tett befolkning.

Begrepet øyeblikkelig hjelp er i seg selv lite presist og uegnet til prioritering av tjenester. I forbindelse med innføring av triage i ambulansetjenesten og akuttmottakene bør det vurderes å utvide prinsippene for triagering til å omfatte allmenlegene, slik at presisjonsnivået mellom samarbeidende helsepersonell blir forbedret ved vurderingen av hastegrad og alvorlighet, og at slike vurderinger anvendes i et felles språk. Dette vil ikke minst være fordelaktig i forhold til behovet for en *konferansoordning mellom allmenleger og sykehusleger* i forbindelse med de tilfelle som i nå-situasjonen defineres som "øyeblikkelig hjelp".

Det oppfattes som en merkverdighet at allmenlegene hittil har hatt en portnerfunksjon i forhold til innleggelse i sykehus gjennom "øyeblikkelig hjelp"-begrepet, men ikke har hatt en tilsvarende mulighet for å legge pasienter inn i kommunal helseorgans institusjon til korttidsopphold. Det er ikke uvanlig at "øyeblikkelig hjelp"-innleggelser i sykehus omfatter pasienter som har relativt enkle og tidsavgrensede behov i form

av observasjon, akutt sykepleie, enkel diagnostikk eller enkle behandlingsformer av noen dagers varighet.

Det bør være en målsetting å etablere "akutt plasser" i kommunale heldøgns institusjoner som kan disponeres av allmenleger i samarbeid med institusjonens ledelse. Slike plasser kan etableres i den enkelte kommune eller i samarbeid mellom flere kommuner, avhengig av behov og tilgangen av kompetanse og personellressurser. Det vil også være naturlig at lokaliseringen av legevaktsentralene blir sett i sammenheng med etableringen av slike plasser.

2.4 Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Helse Nord-Trøndelag støtter høringsforslagets vurderinger av behovet for å yte desentraliserte spesialisthelsetjenester. I denne sammenheng er det igjen naturlig å minne om at dette vil være en av de sentrale oppgavene i lokalsykehuset, og at det derfor er *av sentral betydning å definere innholdet i lokalsykehusfunksjonen*.

Det pekes i høringen på mulige virkemidler. Blant disse er det ikke tilstrekkelig å nevne *spesialisthelsetjenesters veiledningsplikt*. Slik denne blir ivaretatt i nå-situasjonen, er det viktig å erkjenne behovet for en tydeliggjøring av hvordan denne skal praktiseres. Eksempelvis er det ulik oppfatning blant fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten m.h.t. hvor langt veiledningsplikten går, og hvorvidt slik veiledning skal være gratis eller forutsetter særskilt honorering.

Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det utarbeides mer presise retningslinjer for utøvelse av veiledningsplikten mellom sykehus og primærhelsetjenestens personell.

2.5 Finansiering av helsetjenesten

Et overordnet prinsipp må være, at *finansieringen av helsetjenestene skal understøtte de målene man arbeider mot*. I flere sammenhenger er det ikke slik i nå-situasjonen. Det er ikke vanskelig å vise til eksempler på at det er økonomiske avveielser som styrer helsetjenesten, - underforstått hva som er "lønnsomt" eller "tapsbringende", enten det gjelder den enkelte helsearbeider eller organisasjonen som helhet.

Helse Nord-Trøndelag støtter høringsforslagets målsetting om at kommunene kan ta en større del av pasientforløpet for enkelte pasientgrupper. I denne sammenheng lanseres tanken om kommunal medfinansieringsandel på 20%. Det er naturlig å tenke at dette vil være et stimulus for at kommunene skal ta et utvidet ansvar i utredning og behandling av pasienter. *Samtidig vil det kunne føre til at en slik ordning gir "vridningseffekter", hvor økonomiske hensyn kommer i konflikt med pasienters behov for sykehustjenester.*

Helse Nord-Trøndelag vil forråde at det innføres en "avgrenset modell etter alder", som foreslås gjort gjeldende for eldre over 80 år. Et slikt prinsipp innebærer risiko for at pasienter over 80 år blir stemplet som annenrangs brukere av spesialisthelsetjenesten.

Det er foreslått som et mulig virkemiddel å gjennomføre **kommunal medfinansiering** ved å overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene. Dette er i praksis samme tankegang som tidligere er kommet til uttrykk i "Forskrift om kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter". *Helse Nord-Trøndelag vil advare mot en slik ordning*, både fordi den kan føre til *et negativt fokus på enkeltpasienter*, og fordi erfaringer ved sykehusene i Nord-Trøndelag gjennom de siste 10 årene viser at mange pasienter som erklæres "overføringsklare" fra sykehusene slett ikke er tilstrekkelig utredet eller behandlet. En slik ordning vil i enkelte tilfelle føre til en formålsløs diskusjon mellom aktørene, og dette gavner ikke pasienten.

Ordningen vil dessuten virke meningsløs i forhold til de mange kommunene som allerede i nåsituasjonen finner nødvendige løsninger for overføringsklare pasienter.

Det er kjent at enkeltkommuners bruk av spesialisthelsetjenesten varierer betydelig, enten det gjelder innleggelse eller poliklinikk. Dersom det ikke foreligger åpenbare grunner til slike forskjeller i form av ulik sykkelighet i kommunene, burde det være rimelig å *forvente at de kommunale forbruksratene av spesialisttjenester ligger på et tilnærmet likt nivå*. Kommunal medfinansiering av sykehustjenester kunne derfor innføres ved at kommuner/kommuneområder som har høye forbruksrater blir pålagt å betale et "mer-forbruk" av sykehustjenester, beregnet etter et fastsatt gjennomsnittsnivå av forbruksrater til innleggelse/poliklinikk, og et fastsatt gjennomsnittlig forbruk av liggedøgn. Tilsvarende bør kommuner som har et lavere forbruk av tjenester enn fastsatt gjennomsnittsnivå gies økonomisk kompensasjon. En slik ordning vil fjerne fokuseringen av enkeltpasienter og samtidig være et stimulus for kommunene til å tenke langsiktig.

Helse Nord-Trøndelag vil anbefale at kommunal medfinansiering vurderes gjennomført med grunnlag i notner for gjennomsnittlige forbruksrater av sykehustjenester (poliklinikk og innleggelse), hvor det er tatt hensyn til alderssammensetning og sykkelighet i befolkningen.

Det er forøvrig nødvendig å minne om at finansieringsordningen for sykehus også må tilpasses de målsettingene som gjelder. Styringsdokumentets krav om at en større del av sykehusenes virksomhet skal dreies fra innleggelse mot dagbehandling og poliklinikk står i kontrast mot den kjensgjerning at dette med utgangspunkt i DRG-finansiering av virksomheten, blir en direkte tapsbringende omstilling.

Helse Nord-Trøndelag vil anbefale at det foretas en nærmere vurdering av finansieringsordningen av sykehus, slik at målsettingen om å dreie virksomheten fra innleggelse til dagbehandling og poliklinikk, blir understøttet av økonomiske insitamenter.

2.6 Psykisk helse, Rus og habilitering

Helse Nord-Trøndelag støtter de mål som er skissert for perioden, men er usikker på om de virkemidler som skisseres, vil gi ønsket effekt.

3. Ny pasientrolle

3.1. Pasientforløp og brukervedvirkning

Helselovgivningen gir brukerne viktige rettigheter, men det er også en forutsetning at pasientene spiller en aktiv rolle i forhold til utredning, behandling og forebygging. Et grunnleggende problem er at mange av brukerne, fortsatt har begrenset kunnskap om sine rettigheter. Dette skyldes bl.a. at helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad sørger for å gjøre pasienter kjent med sine rettigheter. I forhold til utfordringene innen samhandling er de mest sentrale forbedringsområdene

- retten til individuell plan
- retten til informasjon
- retten til medvirkning

Helse Nord-Trøndelag støtter forslaget om å tydeliggjøre plasseringen av ansvaret for individuell plan til kommunen og tydeliggjøringen av funksjonen som personlig koordinator.

Et viktig forbedringsområde er pasienters behov for å få nødvendig informasjon som sikrer muligheten for å ivareta egne interesser. Hittil har det fra overordnet myndighet i for stor grad vært fokusert på

epikrisetid, mens det ikke har vært tilsvarende oppmerksomhet rettet mot epikrisestruktur og – innhold. Et viktig grep vil derfor være å lovfeste at opplysninger som sendes fra sykehus til henvisende lege også skal sendes til pasienten, forutsatt at pasienten ønsker det. En slik bestemmelse må omfatte krav til språkbruk og innhold. En slik ordning vil i mange tilfelle bidra til

- å gi pasienten en mer direkte kunnskap om sin situasjon og hva som er planlagt i videre oppfølging
- å oppklare feil og misforståelser som er lagt inn i journalen
- å forebygge misforståelser og svikt i oppfølgingen av pasienter
- å begrense pasienters behov for i ettertid å be om journalinnsyn eller journalkopi

Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det vurderes å lovfeste at pasienter som avslutter et sykehusopphold eller en poliklinisk konsultasjon skal tilbys kopi av aktuelt sluttnotat. Det bør i denne sammenheng stilles krav til språk og innhold som oppfyller fastsatte minstekrav for å understøtte pasientens rett til informasjon og medvirkning.

3.2 Frivillig arbeid og ideelle organisasjoner

Helse Nord-Trøndelag støtter de mål som er formulert, og er enig i de virkemidler som skisseres.

4. Kvalitet og faglighet

4.1. Kvalitet og læringskultur

Helse Nord-Trøndelag deler de oppfatningene som kommer til uttrykk i beskrivelsen av nå-situasjonen. *Mangelen på kontinuitet er en hovedutfordring.* I denne forbindelse er det naturlig å påpeke at spesialisthelsetjenesten tradisjonelt har sitt fokus på diagnostikk og behandling, mens utfordringene både for pasientene selv og for de kommunale tjenesteyterne ofte i like stor grad gjelder pasienters funksjonsnivå. Det ville derfor ha vært naturlig at helsepersonell både i kommuner og sykehus anvender *et felles verktøy for å beskrive pasientens hjelpebehov/funksjonssvikt* som et viktig grunnlag for å oppnå bedre planlegging og sammenheng i tjenesten.

Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det vurderes å innføre IPLOS som et obligatorisk felles verktøy for beskrivelse av hjelpebehov/funksjonssvikt hos pasienter ved overføring mellom nivåene.

4.2 Forskning og innovasjon

Det er bekymringsfullt at Norge ligger så dårlig an når det gjelder helseforskning generelt, og spesielt i primærhelsetjenesten, og at høringsnotatet ikke stiller spørsmål om hvorfor det er slik. Primærhelsetjenesten behandler og gir omsorg til langt flere pasienter enn spesialisthelsetjenesten. Ved gjennomføringen av en samhandlingsreform kan det forventes at primærhelsetjenestens ansvar og behov for kompetanse vil forsterkes. Det antas at satsningen på forskning og utviklings tiltak er langt under 10 % sammenliknet med spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer, at det meste av den forskningen som har foregått i kommunene omhandler allmenlegetjenesten. Vi har derfor i nå-situasjonen lite forskningsbasert kunnskap om kvaliteten, innholdet og effekten i pleie- og omsorgstjenestene, eller det forebyggende arbeidet som utøves gjennom helsestasjon, skolehelsetjeneste, rehabilitering, fysioterapijenester o.s.v.

Det vil være et paradoks om ikke forskning og utviklingsarbeid blir lovregulert på samme måte som spesialisthelsetjenesten. Helse Nord-Trøndelag mener at det ikke vil være tilstrekkelig at partene "på frivillig basis skal vurdere om forskning skal inngå i avtalene mellom kommuner og HF" (pkt. 18.1).

Hvordan enkeltkommuner alene eller i fellesskap skal få dette til i praksis er et annet spørsmål. De største utfordringene for personer som ønsker å gjennomføre forskning i kommunene er

- å få tilstrekkelige rammer og nødvendig støtte i organisasjonen til å arbeide med ikke-lovpålagte oppgaver (utarbeide forskningsprotokoll, skrive søknader, finne finansiering)
- å bygge opp forskningskompetanse både hos helsepersonell og ledere, slik at de prosjektmidlene som tilføres kommunene kan gi avkastning
- at prosjekter blir gjennomført og evaluert på en måte som gjør det vanskelig å bruke resultatene, både i forhold til egen lokal praksis eller ved generalisering av resultat gjennom publisering

Utfordringene kan etter helseforetakets vurdering løses gjennom forpliktende avtaler med høyskoler/universitet, evt. de lokale helseforetakene og ikke minst de regionale sentrene for omsorgsforskning.

I Helse Nord-Trøndelag er det gjennomført et kurstilbud ("Sammen øker vi kompetansen") for å heve kompetansen blant sykepleiere både i og utenfor sykehus i det å finne forskningsbasert kunnskap som kan brukes i praksis

(<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/517987/artikkel-bratberg-5079.pdf>). Erfaringen er at dette er svært nyttig for alle parter. Kommuner kan gå sammen om å finansiere en FoU-tjeneste som både kan være tilknyttet sykehus, høyskole eller andre forskningsinstitusjoner for å sikre nødvendig infrastruktur. ***Dette forutsetter øremerkede midler til FoU-tiltak i kommunene i forbindelse med reformen.***

4.3 Pasientsikkerhet


Det er i særlig grad viktig å arbeide for utvikling av et felles kvalitetssystem og en felles struktur på pasientsikkerhetsarbeidet, både innad i spesialisthelsetjeneste og kommuner, og mellom nivåene. Det er urovekkende å registrere at det til tross for en stadig sterkere fokusering av kvalitet i helsetjenesten ennå ikke er utarbeidet nasjonale standarder for håndtering og kategorisering av uønskede hendelser. Dette avspeiles ved at melderutiner og forståelsen av avviksbegrepet varierer betydelig mellom de ulike tjenesteyterne, slik at meldefrekvensen for uønskede hendelser og bruken av slike hendelser som grunnlag for læring er svært ulik. Rutiner for erfaringsutveksling mellom aktørene er heller ikke godt utviklet.

Helse Nord-Trøndelag anbefaler at det utvikles et felles kvalitetssystem og nasjonale kvalitetsstandarder for hele helsetjenesten.

Helse Nord-Trøndelag mener at det fortsatt bør være helsetilsynet i fylkene, evt. Statens Helsetilsyn som skal behandle meldinger om uønskede hendelser.

Helse Sunnmøre HF. (Styrebehandlet 21.12.2010)

Helse Midt-Norge
Postboks 464
7501 Stjørdal

HELSE  MIDT-NORGE
Saksdok <u>2010/481-3</u>
Mottatt <u>21.12.10</u>
Saksbeh <u>DAH</u> Urnt off
A. 12.10

Dykkar ref.:

Vår ref.:
AJE/tn

Ålesund, 22.12.10

Sak 80/10 Høyringsuttale – Nasjonal helse- og omsorgsplan og nye lover

Styret i Helse Sunnmøre behandla 21.12.10 styresak 80/10.

Det vart gjort slikt vedtak i saka:

"Styret for Helse Sunnmøre sluttar seg til vedlagte høyringsuttale til Ny Folkehelselov, Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)."

Venleg helsing


Astrid J. Eidsvik
adm. direktør

Vedlegg:

1. Styresak 80/10 m/vedlegg

HELSE SUNNMØRE HF

STYRET

Sak 80/2010

Høyringsuttale – Nasjonal helse- og omsorgsplan og nye lover

Saka vert behandla i: Styret for Helse Sunnmøre HF **Møtedato:** 21.12.10

Saksbehandlar: Seniorrådgivar Anny Sønderland

Arkivkode: 003

Saksmappe:

Adm. direktør sitt framlegg til vedtak:

Styret for Helse Sunnmøre sluttar seg til vedlagte høyringsuttale til Ny Folkehelselov, Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Ålesund, 15. desember 2010

Astrid J. Eidsvik
adm. direktør

Vedlegg:

1. Høyringsuttale til Ny Folkehelselov, Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Høyringsuttale – nye lover og nasjonal helse og omsorgsplan

Innleiing

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) la 18. oktober fram forslag til Ny Folkehelselov og Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg blir det foreslått endringar i pasientrettighetslova og spesialisthelsetjenestelova. Vidare er Grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

Alle tre er sentrale for å realisere måla med samhandlingsreforma. Etter høyringa vil lovforslaga blir lagt fram for Stortinget i form av lovproposisjonar, og nasjonal helse- og omsorgsplan blir lagt fram som stortingsmelding våren 2011. Høyringsfristen er 18. januar 2010.

Høyringsdokumenta følgjer ikkje saka som trykte vedlegg. Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets heimesida jf lenka.

Helse Midt-Norge er invitert til å kome med høyringsuttale til lovene. Alle er invitert til å gi uttale til Nasjonal helse- og omsorgsplan. Helse Sunnmøre kan på eige grunnlag sende høyringsuttale (på nettet) i tillegg vil Helse Sunnmøre sin høyringsuttale følgje som vedlegg til Helse Midt-Norge sin høyringsuttale.

Hovudintensjonen med samhandlingsreforma er å sikre betre koordinert tilbod til pasientar med behov for samansette tenester over fleire nivå. Mellom anna demografisk og teknologisk utvikling og tilgang til kompetanse tilseier at arbeidsdelinga mellom nivåa må endrast over tid.

Måla med samhandlingsreforma og planperioden er:

- *Økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid*
- *Dempet vekst i bruk av sykehusjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet – til det beste for pasientene.*
- *Mer helhetlige og koordinerte tenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.*
- *Å sikre berekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom å bidra til effektiv bruk av ressursene.*

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Regjeringa vil:

- *at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester.*
- *at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten.*

Utfordringar og mål

Vi støttar sentrale utfordringa og mål og meiner ei sterkare satsing på kommunehelsetenesta og samhandling er rett veg å gå. Føresetnaden må vere like god eller betre kvalitet og meir effektive helsetenester. Vi er derimot usikre på dei skisserte verkemidlane blir effektive nok til å sikre ei vellykka reform.

Gjennomføring av samhandlingsreforma

Vi støttar ei skrittvis implementering av reforma. Det er viktig å evaluere/vurdere undervegs og justere kurs ved behov. Samstundes er dette ei stor reform der det vil vere behov for ressursar for å få til ei vellykka gjennomføring. Erfaringar frå andre reformer som opptrappingsplan for psykisk helsevern, kan nyttast. Det er tenkt brukt ulike verkemidlar som innfasast gradvis. Tilstreккеleg ressursar og aktiv statleg tilrettelegging (IKT, personell/utdanning, faglege retningslinjer) meiner vi er sentrale verkemidlar. Det er ønskeleg at eigarstyring av spesialisthelsetenesta i større grad brukar målstyring framfor detaljstyring, og at ein blir målt på måloppnåing.

Nasjonal helse- og omsorgsplan

Generelt bør planen konkretiserast i større grad for å sikre ei tydelegare eller sterkare politisk styring. Vi støtter fokus på førebygging, folkehelse og kvalitet.

Sjukehusstruktur

Spesialisthelsetenesta skal omstillast med både sentralisering og desentralisering av oppgåver. Vi støttar og understrekar behovet for vidareutvikling og omstilling. Tryggleik, tilstrekkeleg nærleik, fagleg kvalitet, effektiv ressursbruk og likeverd er sentrale omsyn.

Forslag til statleg politikk i nasjonal helse- og omsorgsplan er i samsvar med tidlegare føringar. (statsbudsjett, styringsdokument) Det er eit mål å få til ei sterkare politisk styring av sjukehusstilboda. Opplegget for slik styring bør konkretiserast

Lokalsjukehus har breiddekompetanse, nærleik til befolkninga og er sentrale samfunnsinstitusjonar. Vi meiner at innhaldet i lokalsjukehus er eit sentralt spørsmål som må takast opp. Vidare korleis ein kan sikre levedyktige lokalsjukehus med god kvalitet på tenestene ved til dømes sentralisering av akuttfunksjonar. Aktuelle modellar og behovet for nivåinndeling i spesialisthelsetenesta må bli tydelegare. Det må leggjast vekt på korleis ein skal sikre robuste fagmiljø internt i sjukehus evt gjennom etablering av nettverksløyser mellom sjukehus

Lokalmedisinske sentra må ikkje kome til erstatning for lokalsjukehus. Lokalmedisinske sentra og lokalsjukehus må sjåast i samanheng. Lokalsjukehusa kan evt samlokalisering med lokalmedisinske sentra.

Investeringar

Det blir framheva at det faglege innhaldet må vere førande for investeringar (bygg), samstundes er det signal om at vi i framtida kan forvente endra oppgåvefordeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane og ny arbeidsdeling mellom sjukehusa. Dette betyr at det faglege innhaldet må kunne justerast, og at investeringar må ha eit meir fleksibelt utgangspunkt. Investeringar må sjåast på samla for heile landet m.a. for å sikre likeverdige helsetenester for befolkninga..

Akuttmedisinske kjede

Dei prehospitale tenestene vil bli enda meir sentrale for å sikre rett behandling på rett nivå til rett tid. Samarbeidet mellom akuttmottak, ambulansenesta, fastlege, legevakt, open omsorg og sjukeheim er avgjerande for å auke tryggleiken for befolkninga og sikre god behandling på

riktig nivå og unngå unødvendig innlegging i sjukehus. Dette samarbeidet må vidareutviklast, m.a. gjennom etablering av møteplassar. Samarbeid vil gi fagleg tryggleik. Samarbeidsavtalar kan vere aktuelt verkemiddel som foreslått.

Det bør bli nasjonal standard at interkommunale legevaktordningar er stasjonære og har tilgang til egne observasjonssenger. Legevaktslegane må også nytte akuttplassar i til dømes sjukeheim jf eige punkt om dette lengre nede. Samlokalisering av legevakt og ambulanse er også et viktig tiltak for å sikre god bruk av ressursar og kompetanse.

Ansvars- og oppgåvefordeling

Det blir lagt opp til auka aktivitet i kommunane. Delar av pasientforløpet som er aktuelle for "overføring" til kommunane, er ikkje konkrete eller avgrensa oppgåver. Det blir lagt opp til ei gradvis oppbygging av kompetanse for å auke aktivitet og kvalitet i kommunane. Spesialisthelsetenestene skal desentraliserast gjennom desentraliserte spesialistpoliklinikkar, ambulante team, sjukehusbehandling i eigen heim og spesialisthelsetenester i lokalmedisinske sentre.

Vi meiner det er behov for ei klarare ansvars- og oppgåvefordeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Dette kan gå fram av forarbeidet til lova, i sjølve lova eller forskrifter. Dette kan evt. skje etter forsøksperiode og ei evaluering.

Lokalt sjølvstyre og autonomi er viktig, men det kan ikkje vere opp til kommunane om dei vil ta på seg ei oppgåve eller ikkje. Kommunane må enten sjølv eller gjennom samarbeid kunne ta hand om oppgåver som det utifrå ei samla vurdering av kvalitet og effektivitet kan leggjast til kommunane. Samarbeid med helseføretaket om slike oppgåver er aktuelt, men dette må då vere frivillig både for kommunane og for helseføretaka. Dette ut frå prinsippet om likeverd mellom partane.

For å sikre ei god oppgåvefordeling bør ein gå gjennom dei største pasientforløpa mellom kommunen og helseføretaka, slik at ein sikrar ei vellykka overføring av oppgåver til kommunane. Prioriterte pasientgrupper kan til dømes vere eldre pasientar og pasientar med langvarig eller kronisk sjuke. Vi støttar at kommunane får eit større ansvar innan rehabilitering og habilitering, og at det blir ein gjennomgang av rehabiliteringsfeltet for å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta.

Kommunane sine fortrinn må utnyttast: Kommunane kan bygge opp tilbod nær brukarane, tilpasse tilbodet til lokale forhold og tilbodet kan sjåast i samanheng med andre kommunale tenester.

Ei nærare ansvars- og oppgåvefordeling kan ikkje overlatast til det enkelte helseføretak og kommune. Det må her vere nasjonale føringar evt etter ei forsøksperiode.

Ø-hjelp i kommunane

Departementet ber særskilt om synspunkt på om det bør bli lovfesta plikt for alle eller om det bør vere frivillig å etablere kommunale tilbod om døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for ø-hjelp. Vi meiner dette bør lovfestast og at alle kommunane bør ha slik plikt.

Avtalar mellom kommunane og helseføretak

Helseføretak og kommunen skal inngå avtaler og lovforslaget stiller visse minimumskrav til innholdet i avtalen. Avtalene skal vere juridisk binande. Samarbeid skal ha som mål å bidra til at pasientane/brukarane mottak eit heilskapleg og over tid samanhengande tilbod. Avtalen skal til dømes innehalde tiltak mot unødvendige innleggingar i sjukehus og tiltak for utskrivingsklare pasientar. Det skal etablerast ei felles forståing for ansvars- og oppgåvefordeling. Helsedirektoratet skal ha avtalene tilsendt og skal ved usemje ha ei rådgivande rolle. Departementet har foreslått at partane lokalt kan avtale opplegg for handtering av usemje.

Vi meiner det bør vurderast innføring av ei nasjonal tvisteløysingsorgan som kan gjere vedtak om ansvarsfordelinga mellom stat og kommune, m.a. for å sikre meir lik praksis nasjonalt.

Vi er usikre på kor omfattande slike avtaler kan og bør vere. Avtaleverket kan bli komplisert og kan kreve store administrative ressursar. Vi har tru på meir overordna avtaler med krav til sentrale samarbeidsorgan, felles planlegging på utvalte område etc (avtaler som fleire kommunar kan slutte seg til) og at det berre blir utarbeidd detaljerte avtaler for konkrete samarbeidstiltak, spesielle/utvalte pasientforløp etc. Det vil særleg vere behov for tvisteløysingsorgan når dei økonomiske konsekvensane for partane er store og når det er usemje om kva som er best kvalitet for pasient/brukar.

Det er positivt at pasient - og brukarorganisasjonane skal bli gitt høve til å medverke ved utarbeiding av avtalene.

Alternativ/tillegg til avtaler – ulike verkemidlar for å sikre samhandling

Vi meiner at kanskje andre verkemidlar enn avtaler må bli meir sentrale:

- meir aktiv bruk av lover og forskrifter
- felles planar – og analysar – også lokale planar for utvikling av respektive tenestetilbod i fellesskap
- nasjonale faglege retningslinjer og standard pasientforløp
- økonomiske ressursar til konkrete samarbeidstiltak; pasienttilbod, kombinerte stillingar etc.
- felles arena – til dømes innan forskning og utdanning i samarbeid med høgskole/universitet
- kulturbygging
- tilrettelegging for pasient/brukarmedverknad for å sikre brukarfokus og brukartilpassa løysingar
- økonomiske styringsmidlar som støttar opp under samhandling, til dømes ambulante tenester, kompetanseutveksling, og heilskapleg vurdering av konsekvensar av økonomiske verkemidlar på ulike nivå. (til dømes pasientreiser)

Fastlegane

Fastlegane har i følge departementet ei sentral rolle for å nå måla i samhandlingsreforma.

Vi ser det som sentralt med betre samarbeid eller styrking av fagaksen mellom sjukehus og fastlegar, m.a.:

- Forpliktande avtale om pasientforløp med fordeling av oppgåver mellom sjukehus og fastlegar (utarbeidd ved hjelp av praksiskonsulentar m. fl).
- Gode tilvisingar frå fastlegane med klar "bestilling" til sjukehuset. Helseføretaket må samordne sine "krav" og utvikle desse i samspel med fastlegane.
- Gode epikriser raskt frå sjukehuset skrive med tanke på oppfølging hos fastlege.

- Betre mulegheit for faglege diskusjonar om pasienten mellom fastlegar og sjukehusa
- Krav til og styrking av kommunikasjonslinjer (helsenettet, elektronisk kommunikasjon, telefon) mellom avdelingar på sjukehuset til og frå alle fastlegane.
- Felles kjernejournal.

Det er ei utfordring at primærhelsetenesta (og spesialisthelsetenesta) er fragmentert. Fastlegane må bli meir integrert i andre delar av kommunehelsetenesta for å utvikle og utvide tilbodet i kommunane. Ved auke i tal fastlegar må ein unngå at dette fører til auka etterspørsel etter spesialisthelsetenester. Kompetanseutvikling slik at fastlegane kan handtere fleire problemstillingar blir sentralt.

Finansiering

Forslag:

- Medfinansiering (20%) innan somatikk (i første omgang) til dømes for pasientar over 80 år og eldre eller medisinske innleggingar i alle aldersgrupper
- Kommunal finansiering av utskrivingsklare pasientar frå dag 1.
- Samarbeidsprosjekt – spleiselag.
- Tilskot til planlegging og etablering av lokalmedisinske sentra.
- Ein større del av veksten i helsebudsjetta skal gå til kommunane.

(Krav til at helseføretaka saman med kommunane skal kartlegge kostnadseffektive samarbeidsprosjekt. Vedtaksmynde for investeringar finansiert av helseføretak skal framleis ligge hos helseføretaka.)

Dei økonomiske og administrative konsekvensar er vanskeleg å få oversikt over.

Vi er usikre på om opplegg for medfinansiering er rette vegen å gå no. Vi er også usikre på om det er kostnader ved å ha utskrivingsklare pasientar som skal vere utgangspunkt for overføring av midlar frå helseføretaka til kommunane. Det er store variasjonar i talet på utskrivingsklare pasientar frå kommune til kommune. Den konkrete framtidige arbeidsdelinga må vere utgangspunkt for fordeling av ressursar mellom kommunane og helseføretak. Det må øyremerkast midlar til samarbeidstiltak og til utvikling av tilbod i kommunane. Det er viktig med ei finansiering som fremjar samhandling. I den grad det ikkje blir fullfinansiering av reforma, må det bli tydlegare kva som skal prioriterast.

Folkehelse

Eit av formåla i spesialisthelsetenestelova er å fremje folkehelse og motverke sjukdom, skade, liding og funksjonshemming. Det bør gå fram av lovtæksten til ny folkehelselov at spesialisthelsetenestelova også har ei rolle. Særleg aktuelt kan vere eit samarbeid knytt til å skissere helseutfordringar lokalt (behovsvurderingar, sjukdomsbilde etc). Det bør utarbeidast nasjonal strategi for folkehelse der ulike aktørar si rolle blir tydlegare.

Pasientforløp og brukarfokus

Pasientforløpsarbeid på tvers av nivå bør prioriterast. Det bør etablerast nasjonal base eller utvikling av nasjonale standardar og retningslinjer.

Brukarerfaringar – inklusiv brukarmedverknad - må aktivt nyttast ved utvikling av samhandlingstiltak. Det er behov for metodeutvikling.

Ulike verkemidlar for å sikre betre tilgjengelegheit (felles helseportal, bruk av IKT til kommunikasjon, bestilling, fleksible opningstidar etc) er framtidsretta og bør prioriterast.

Forsking, utdanning og arbeidskraft

Utdanning må tilpassast intensjonen i samhandlingsreforma. Plan for praksisstudiar må endrast slik at innhaldet i praksisstudiar blir meir i samsvar med dagens sjukehusdrift og krava i samhandlingsreforma. Legeutdanninga må også bli tilpassa oppgåvene som lokalsjukehus og lokalmedisinske sentra skal ivareta, og vidare krava til teamarbeid og samhandling.

Det må etablerast samarbeid mellom helseføretaka og eit framtidig kommunalt ansvar for forsking og undervisning gjennom regionale samarbeidsløysningar (som regionale forskingsutval). Kombinerte stillingar er aktuelt, også i samarbeid med høgskole og universitet.

Arbeidskraft

Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse, og fleire heile stillingar må etablerast. Effektiv bruk av personellressursen og rett person på rett person blir særleg viktig med framtidig knappheit på personell. Utdanningsmodellar og arbeidsvilkår må gjerast attraktive.

For å løyse framtidig kompetansebehov må vi ha eit samarbeid med vidaregåande skular, høgskular og universitet.

Tilrettelegging for samhandling – IKT, kvalitetssystem

IKT er ein viktig føresetnad for samarbeid. Norsk helsenett må byggjast ut og ha tilstrekkeleg kapasitet også for samtidskommunikasjon/telemedisin. Det er behov for standardisering. Målet må vere tilgang/innsyn i pasientjournalen på tvers av nivåa for å sikre god samordning mellom spesialist- og primærhelsetenesta. Kjernejournal vil vere ein viktig reiskap særleg m.o.t. medikamenthandtering. Det bør utviklast felles kvalitetssystem og nasjonale kvalitetsstandardar for heile helsetenesta.

St. Olavs Hospital HF (Styrebehandlet 17.12.2010)

Vedtak

1. Styret for St. Olavs Hospital HF slutter seg til hovedtrekkene i høringsuttalelsen til
 - Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
 - Forslag til ny folkehelselov
 - Grunnlag for ny nasjonal helse- og omsorgsplan
2. Høringsuttalelsen oversendes Helse Midt-Norge RHF og Helse- og omsorgsdepartementet som innspill i videre arbeid med samhandlingsreformen.
3. Styret vil understreke betydningen av at de foreslåtte virkemidlene i sum gir oss muligheten til å iverksette deler av reformen raskt etter 01.01.12. For spesialisthelsetjenesten vil dette særlig gjelde finansieringsløsninger som sikrer oppgave- og kompetanseoverføring mellom nivåene.

SAKSFREMLEGG

Sak 47/10 **Høringsuttalelse til nye helselover og nasjonal helse- og omsorgsplan (Samhandlingsreformen)**

Utvalg: **Styret for St. Olavs Hospital HF**
Dato: **17.12.2010**
Saksbehandler: Rolf J. Windspoll
Arkivsak: 10/8532-2
Arkiv: 000

Innstilling

1. Styret for St. Olavs Hospital HF slutter seg til hovedtrekkene i høringsuttalelsen til
 - Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
 - Forslag til ny folkehelselov
 - Grunnlag for ny nasjonal helse- og omsorgsplan
2. Høringsuttalelsen oversendes Helse Midt-Norge RHF og Helse- og omsorgsdepartementet som innspill i videre arbeid med samhandlingsreformen.

VEDLEGG

Høringsuttalelse til

- Ny lov om folkehelse
- Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Grunnlag for ny nasjonal helse- og omsorgsplan

Nummererte vedlegg som følger saken: 1

Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside for høringsprosessen:

<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>

BAKGRUNN

Regjeringen la frem Samhandlingsreformen i 2009. Målet med reformen er å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Nasjonal helse- og omsorgsplan skal vise hvordan reformen skal gjennomføres.

Regjeringen vil:

- at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester.
- at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten.

Som et ledd i arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015) gjennomfører Helse- og omsorgsdepartementet en bred høringsprosess som også omfatter en åpen netthøring. Tradisjonelle høringsinstanser og andre som er engasjert i framtidens helse- og omsorgstjeneste inviteres til å lese, mene og diskutere.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Det er tre dokumenter som er sendt på høring:

- Forslag til ny folkehelselov
- Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Sammen drag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015)

Alle tre er sentrale virkemidler for å understøtte og realisere målene med samhandlingsreformen. Etter at høringen er gjennomført, tar departementet sikte på at lovforslagene fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner og at nasjonal helse- og omsorgsplan fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011.

Frist for å avgi høringsuttalelse er 18. januar 2011.

St. Olavs Hospital er formelt ikke selvstendig høringsinstans. Uttalelsen fra St. Olavs Hospital vil derfor følge høringsuttalelsen fra Helse Midt-Norge RHF som vedlegg, og den vil bli lagt ut på nettet.

Lov om folkehelse skal avklare ansvar og oppgaver og understøtte fylkeskommuner og kommuner i folkehelsearbeidet. Den nye loven erstatter lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og enkelte bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vil erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg foreslås endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Selve helse- og omsorgsplanen skal etter høringsrunden legges frem som en stortingsmelding. Høringssvarene blir derfor viktige innspill til meldingsarbeidet.

Høringsdokumentene er drøftet i Hovedledelsen og Brukerutvalget. Høringsdokumentene følger ikke saken som trykte vedlegg, men det henvises til informasjon på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside via lenke som angitt foran.

DRØFTING

Det er omfattende dokumenter som nå er sendt på høring. Det er derfor en stor utfordring å skaffe seg oversikt over de mange detaljene som i tillegg til de strategiske valgene som høringsdokumentene presenterer. Vi har derfor begrenset uttalelsen til noen områder som oppfattes som viktige for St. Olavs Hospital. Dokumentene henger så nøye sammen at uttalelsene ikke er avgrenset til hvert av dokumentene.

Det vises forøvrig til lenke til Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside for presentasjon av høringsdokumentene.

KONKLUSJON

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer i årene framover. Det er derfor viktige dokumenter som nå er på høring. St. Olavs Hospital har lang og omfattende erfaring fra samhandling med kommunene, og ønsker å avgi uttalelse til de forslagene som nå foreligger.

Høringsuttalelse til forslag til

- 
- **Ny folkehelselov**
 - **Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**
 - **Nasjonale helse- og omsorgsplan**

St. Olavs Hospital HF
10.12.10

Høringsuttalelse til forslag til Lov om folkehelse, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og nasjonal helse- og omsorgsplan.

Innledning

Det er omfattende dokumenter som nå er sendt på høring. Det er derfor en stor utfordring å skaffe seg oversikt over de mange detaljene som i tillegg til de strategiske valgene som høringsdokumentene presenterer. Vi har derfor begrenset uttalelsen til noen områder som oppfattes som viktige for St. Olavs Hospital. Høringsdokumentene henger så nøye sammen at uttalelsene ikke er avgrenset til hvert av dokumentene.

Overordnede kommentarer

St. Olavs Hospital er enig i beskrivelsen av utfordringer som helse- og omsorgstjenester vil møte framover, ser behovet for økt samhandling innenfor og mellom tjenestenivåene og mener at målene med Samhandlingsreformen er riktige:

- Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid for økt livskvalitet og redusert press på helsetjenester
- Økt ansvar til kommunen for å dempe vekst i bruk av sykehustjenester
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester gjennom harmonisering av lovverk, inngåelse av samarbeidsavtaler og helhetlige behandlingsløp
- Bærekraftig utvikling gjennom effektiv bruk av ressursene

Disse samsvarer i store trekk med innholdet i de strategiske planene som Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital har vedtatt for utvikling av spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene.

Presentasjonen av "mulige virkemidler" i planen er etter vår mening for svak og uklar i forhold til det man ønsker å oppnå med Samhandlingsreformen. Spesielt vil vi peke på

- Motstridende signaler om desentralisering, sykehusstruktur, lokalsykehus, lokalmedisinske sentra, akuttfunksjoner og fødetilbud.
- Uklarhet på hvilke oppgaver som søkes overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og hvilke midler som skal følge med.
- Manglende konkretisering av hvordan nye oppgaver skal finansieres kan føre til motvilje i kommunene med å gå offensivt til verks for gjennomføring av samhandlingsreformen, og tilsvarende skepsis fra helseforetakene.
- Vi har merket oss at det i planen er lite omtale av psykisk helse og rus, selv om disse har blitt pekt ut som store utfordringsområder i Samhandlingsreformen. Med unntak av tiltak i akutsituasjoner er disse områdene lite omtalt direkte. Dette tolker vi ikke som en nedprioritering, men som at disse sektorene er inkludert i det som legges fram.

St. Olavs Hospital og samarbeidende kommuner har gjennom flere år utviklet, iverksatt og fått gode erfaringer med modeller for samhandling som nå skisseres som mulige tiltak for gjennomføringen av reformen. Vi ønsket å få virkemidler som støtter samhandlingstiltakene i et langsiktig løp.

St. Olavs Hospital ga gjennom styresak 55/08 flere innspill til arbeidet med Samhandlingsreformen, og påpekte flere systemhindringer for samhandling basert på egne erfaringer og som en forventet få en løsning for i forbindelse med gjennomføringen av reformen:

- **Økonomi:**
Finansieringsmodeller som fremmer samhandling, bidrar til forutsigbarhet og samsvarer med samarbeidspartnerens ansvar.
- **Deling av pasientinformasjon:**
Målet må være en felles pasientjournal for spesialist- og primærhelsetjenesten, alternativt et samtykkebasert kjernejournal.
- **Organisering:**
Primærhelsetjenesten er fragmentert, og kommunenes mulighet for å forplikte fastlegene til samhandling er begrenset.
- **Infrastruktur og satsing på Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT):**
IKT er en viktig forutsetning for samarbeid, Norsk helsenett må bygges ut og ha tilstrekkelig kapasitet også for samtidskommunikasjon/telemedisin.
- **Kompetanse og annet:**
Det bør bl.a. satses på kombinerte stillinger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Samhandlingsreformen må ha konsekvenser for alle helsefagutdanningene, innovasjon og forskning innen samhandling et viktig og det bør utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer på samhandling.

På dette tidspunktet i arbeidet med reformene forventet vi sterkere konkretisering av tiltak. Etter å ha gjennomgått høringsdokumentene sitter vi igjen med et inntrykk av at mesteparten av de nødvendige statlige grepene skyves ut i tid, overlates til et omfattende forskriftsverk og til avtaleforhandlinger mellom kommunene og helseforetakene. Manglende eller utydelig styring av gjennomføring av Samhandlingsreformen vil oppleves problematisk for både helseforetakene og kommunene. Vi er bekymret for at tiltak som i vår region vurderes som nødvendige for en bærekraftig utvikling av helsetjenesten dermed kan bli gjenstand for statlig styring som enkeltsaker

Tematisk kommentar til høringsdokumentene

Økt ansvar og nye oppgaver for kommunene

Av plan- og lovforslaget er det uklart hvilke konkrete oppgaver som skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det forutsettes at dette avtales lokalt mellom helseforetak og kommuner.

Mye av effekten av samhandlingsreformen ligger i fastlegenes rolle og oppgaver. Når det planlegges en økning i antallet fastleger må en arbeide for at en unngår at dette resulterer i en økning i antallet henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Så langt viser forskning at dette er en viktig effekt av flere fastleger. Kapasitetsøkningen må derfor forutsette kompetanseutvikling slik at fastlegene kan håndtere flere problemstillinger selvstendig eller med veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen må få større styring med fastlegeordningen og innholdet i legetjenesten for å kunne lykkes med å fylle sin nye rolle som leverandør av faglig gode helsetjenester. St. Olavs Hospital støtter endringene som beskrives i lovforslaget til endringer i fastlegeforskriften mht. krav til fastlegens ansvarsområde.

Ved siden av en styrket fastlegetjeneste er det nødvendig med en sterk satsing på sykehjemsmedisin i kommunehelsetjenesten. Dette fagområdet vil være avgjørende for kommunenes muligheter til å ta hånd om eldre med sammensatte lidelser og som trenger behandling og rehabilitering i institusjon for kortere eller lengre tid.

For å nå målene med samhandlingsreformen er det nødvendig at fastlegene og annet helsepersonell i kommunene jobber tettere sammen enn i dagens kommunehelsetjenestetjeneste som oppleves unødvendig fragmentert for oss i spesialisthelsetjenesten.

Høringsuttalelse til de nye helselovene

10/8532-2 Arkiv: 000

Side 3 av 8

St. Olavs Hospital og samarbeidende kommuner har allerede en god del erfaringer med å utvikle alternative tilbud til behandling i sykehus, og vil ut fra disse fremheve at gjensidige forpliktende avtaler om økonomisk spleis er et godt tiltak overfor et begrenset antall kommuner, men en krevende administrativ ordning å følge opp mot et stort antall kommuner.

Sykehusstruktur og lokalmedisinske sentra

Framtidens sykehusstruktur skal være i tråd med overordnede nasjonale føringer. Disse virker utydelige i drøftingen av forholdet mellom lokalsykehus og lokalmedisinske sentra.

I planen må det komme tydelig fram at det er naturlig at noen lokalsykehus omdefineres til lokalmedisinske sentra (lms), og at det ikke bare skal skje en samlokalisering av lokalsykehus og lokalmedisinske sentra.

Overføring av oppgaver til kommuner vil ta grunnlaget fra noen lokalsykehus som da er naturlig å omdefinere til lokalmedisinske sentra der samhandlingstiltak mellom spesialisthelsetjenester, interkommunale tjenester og enkeltkommuners tjenester kan samles.

Det bør bli en nasjonal standard at interkommunale legevaktordninger er stasjonære og har tilgang til egne observasjonssenger. Legevaktslegene må også benytte akutt plasser i sykehjem som alternativ til sykehusinnleggelse.

Samlokalisering av legevakt og ambulansse er også et viktig tiltak for å sikre god bruk av ressurser og kompetanse.

Vi vil påpeke at oppbygging av alternative tilbud i kommunehelsetjenesten må omfatte annet enn heldøgntilbud. Rehabiliteringstilbud er et aktuelt fagområde for dette. I planen nevnes også dagtilbud til demente spesielt som virkemiddel. Det står at dette skal bli en lovfestet rett når tilbudet er bygd ut i kommunene. Dette er et eksempel på et for svakt styringssignal til kommunene.

Avtaleinstituttet og ulikhet i styringslinjer for kommuner og helseforetak

Lovfesting av kravet om samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner støttes.

Forslaget til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger opp til at ansvarsfordelingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal framgå av de avtaler som inngås mellom partene. Samtidig er helseforetakene styrt av eieren som ved forskrift kan bestemme hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og dermed overstyre grensespørsmålene mellom nivåene.

Kommunene har et sørge-for-ansvar som innebærer frihet til å organisere tilbud slik det er hensiktsmessig. I Samhandlingsreformen ligger det en forventning om økt interkommunalt, forpliktende samarbeid for å møte framtidige utfordringer. I Sør-Trøndelag har St. Olavs Hospital sammen med Fylkesmannen og KS arbeidet aktivt for å bistå kommunene til å inngå i samarbeidsgrupper slik at de kan møte utfordringene som større og mer robuste regioner. Det er positivt at dette fremkommer tydelig som en forventning til organisering i høringsdokumentene.

Avtalene vil ut fra dette sannsynligvis være mellom kommunegrupper/regioner og helseforetak. Selv om vi har gode erfaring med dette, ser vi at avtaleverket kan bli komplisert og at det må avsettes betydelige administrative ressurser for dette. Vi er også meget usikre på små kommuners muligheter til å håndtere dette på selvstendig grunnlag.

Pasientrollen

Høringsuttalelse til de nye helselovene

10/8532-2 Arkiv: 000

Side 4 av 8

Det er positivt at høringsdokumentene følger opp mange av de anbefalingene som ble foreslått av Wisløffutvalget mht. pasientenes rolle og rettigheter. Lovfesting av plikten til å utarbeide individuell plan og kommunenes tydelige ansvar i arbeidet er viktig for at dette skal bli mer brukt.

Vi støtter også forslaget om å tydeliggjøre og avgrense funksjonen som pasientansvarlig koordinator (nå: pasientansvarlig lege) slik at denne rettes inn mot de som trenger dette mest.

Kvalitet

Det anbefales at det utvikles felles kvalitetssystem og nasjonale kvalitetsstandarder for hele helsetjenesten. Det er også av den grunn viktig at Statens Helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket (regionen) fortsetter som tilsynsmyndighet for både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Forebygging

Hovedtyngden av forebygging vil skje i kommunene selv om spesialisthelsetjenesten også har en viktig rolle, særlig knyttet til formidling av relevante forskningsresultater. Ny folkehelselov signaliserer en tydeligere satsing og legger et helhetlig ansvar til kommunene.

For spesialisthelsetjenesten er det derfor ikke likegyldig at det ikke loves ressursmessige stimuli til kommunene for å dekke opptrappingen. Det er riktig at kommunene også i dag har mye det samme ansvaret, men det legges helt andre forventninger til resultatet. Bl.a. skal effektiv forebygging vises i form av mindre press på helsetjenesten.

IKT

Vi oppfatter at det fortsatt legges det opp til at regioner, nivå i helse- og omsorgstjenestene, kommuner og profesjoner, kan velge ulike plattformer og programløsninger innenfor IKT. Det må stilles krav om at alle leverandører av helse- og omsorgstjenester og programleverandører tar i bruk løsninger som oppfyller nasjonale standardkrav. Det er behov for økt standardisering og kravet som foreslås om lov- og forskriftreguleringer til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon mellom samarbeidspartnerne i helsetjenesten er viktig og nødvendig. Lokale/regionale løsninger vil hindre informasjonsutveksling som bare blir viktigere i helsetjenesten. Det er viktig å tidfeste når forskjellige tiltak skal være gjennomført.

Økonomi

Det er viktig at kravet om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter blir skjerpet. Vi mener det er riktig at det utvikles en nasjonal definisjon av utskrivningsklar pasient både for somatikk, psykiatri og rus og at det fortsatt blir en nasjonal betalingsssats.

At en del av driftsrammen i helseforetakene skal overføres de kommunene som har utskrivningsklare pasienter i sykehusene, blir et helt feil signal til de mange kommunene som har klart å finne løsninger slik at det ikke er utskrivningsklare pasienter fra disse i sykehusene.

En er også usikker på om de økonomiske virkemidler som skisseres fører til ønsket utvikling. Det fremmes forslag om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester for å stimulere kommunene til å etablere alternative tilbud selv. Det er spesialisthelsetjenester til eldre og indremedisinske pasienter som i Helseplanen vurderes som mest egnet for kommunal medfinansiering. Vi mener at rehabiliteringstilbud, som også er nevnt som et aktuelt område for medfinansiering, er bedre egnet til kommunal medfinansiering. Allerede i dag er flere av de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner innholdsmessig nærmere kommunal rehabilitering enn spesialistrehabilitering.

En finner i lovforslaget ingen forslag med økonomiske incentiver innenfor kommunenes pleie- og omsorgssektor for økt aktiviteten med unntak av det som sies om intensjonene med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester.

Utdanning og rekruttering

Rekruttering

For de høgskoleutdannede er det i dag relativt god rekruttering til utdanning og yrke, mens det forventes mangel i framtiden. I forhold til kommunenes høye andel av ufaglærte vil det være et viktig tiltak å legge til rette for at de "voksne" ufaglærte i kommunehelsetjenesten får fagbrev som følges opp med etterutdanning. For å øke andelen helsefagarbeidere i framtiden må man nå prøve ut nye utdanningsmodeller som kan være attraktive for ungdom. Arbeidsgiver må følge opp med attraktive arbeidsbetingelser.

Faglig stimulering er en motivasjonsfaktor for dyktige fagfolk, og tilrettelegging for videre- og etterutdanning og FoU vil øke status, sikre kvalitet og fleksibilitet i yrkesutøvelsen. Om nødvendig må en lovfestning av forskning og utdanningsoppgaver gjøres overfor kommunene, slik som i spesialisthelsetjenesten.

I kommunene vil den bebudede satsningen på Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester være et viktig tiltak i forhold til både utdanning og rekruttering (*Helsedirektoratets overordnede strategi 2011 – 2015. Rapport IS-1858*).

Utdanning generelt

- Utdanning må skje nært i samarbeid med utdanningsinstitusjoner på en mer integrert måte enn i dag.
- Kliniske praksisstudier er avgjørende for å sikre kvalitet og relevans i utdanningene.
- Praksis aktiverer kunnskapen, utvikler etiske resonneringsevne, gir autentisk innøving av ferdigheter. Av hensyn til pasientens sikkerhet bør simulator- og ferdighetstrening komme *før* praksisstudier og i *tillegg* benyttes regelmessig av yrkesutøverne.
- Veiledere i praksis er rollemodeller som anvender kunnskap gjennom praktisk handling
- Kombinasjonsstillinger for bedre integrasjon teori – praksis
- Studenter i praksis er arbeidsstedets viktigste rekrutteringskilde
- Det vises til flere tiltak for å knytte utdanning, forskning og arbeidsliv tettere sammen, i rapporten fra UHR;(2010) *Utdanning + FoU= Sant*
- Praksisarenaene må utvides i tråd med nye pasientarenaer og pasientforløp, dvs både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utdanningsoppgaven i kommunehelsetjenesten bør lovfestes slik som i spesialisthelsetjenesten.
- Praksisstudier bør kostnadsberegnes.
-

Videre- og etterutdanning

- Videre- og etterutdanning er kostbart, men nødvendig.
- Kompetanse må planlegges både på kort og lang sikt.
- Etablering av utdanningsstillinger, modulbaserte utdanninger osv.
- De mest spesialiserte utdanningene som også er kritisk for arbeidsgiver, tar tid å bygge opp, mangel får store konsekvenser, kompetansen er dyr å kjøpe, om den kan skaffes. Dette innebærer at arbeidsgiver og utdanningsinstitusjon er gjensidig avhengig av hverandre i forhold til å få bygd opp stabile fagmiljøer.

- Robuste fagmiljøer vil stå sterkere rustet til å utvikle klinisk rettede masterutdanninger i tråd med praksisfeltets behov.

Utdanning skal styrke tverrfaglig samarbeid

- Flere arenaer bør innrettes mot felles prosjekter, ferdighetslaboratorier og i praksisstudier mot slutten av utdanningene, hvor også medisinerstudenter deltar..
- Ferdigheter i kommunikasjon og samhandling må vektlegges i alle deler av utdanning og yrkesutøvelse, for å motvirke fragmentering og båstenkning.

Samhandlingsreformen griper fatt i problemstillingen gjennom å foreslå helhetlige pasientforløp og fokus på kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid. Det arbeides mye med helhetlige pasientforløp i dag, og det er store gevinster å hente ved også å fokusere på dette i utdanningene, både i teori og praksis, men også i forsknings- og innovasjonssammenheng. (jfr. Trondheim helseklynge)

Andre kriterier for å lykkes

- Gode forbilder i praksis
- Kunnskap og kompetanse blir brukt
- Identifisere kompetansebehov langs pasientforløp
- Kulturbygging og gjensidig respekt

Forskning

Innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren er ikke forskning lovregulert som i spesialisthelsetjenesteloven §3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2.

Samhandlingsreformens målsetninger vil gi behov for ny kunnskap og økt kompetanse i hele tjenesten. Forskning er her et sentralt virkemiddel, både som grunnlag for kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling i tjenesten og i et forskningsbasert utdanningsløp. Også innen den kommunale helse- og omsorgssektoren bør krav om forskning lovfestes. Det er ikke tilstrekkelig, slik det foreslås, at forskning sikres i samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Samhandlingsreformen beskriver de største utfordringene og er den største reformene vi står overfor i helsetjenesten. Reformen må ledsages av både kompetanse og økonomi til følgeforskning, - helsetjenesteforskning. Vi må sikre at igangsetting av en stor samfunnsreform ledsages av evaluerende forskning.

En sterk tverrfaglig primærhelsetjeneste er viktig for å imøtekomme fremtidens helseutfordringer. Samhandlingsreformen innebærer endringer i helse- og omsorgsoppgavene i kommunene. Det blir behov for utvikling av tjenesten, og utprøving av nye modeller for samhandling mellom tjenestenivå og innad i primærhelsetjenesten. Det er derfor nødvendig med forskning og fagutvikling i forhold til innhold og organisering av primærhelsetjenesten, noe som krever forskning innen de ulike fagmiljøer i primærhelsetjenesten og i samarbeid mellom dem. Det er avgjørende at det bygges opp bærekraftige og langsiktige forskningsmiljøer som er nært knyttet til klinisk virksomhet i primærhelsetjenesten. Arbeidet er startet med allmennmedisinske forskningsenheter ved fire universitet finansiert over Statsbudsjettet. Eksempelvis har Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter har initiert forskningsaktivitet i primærhelsetjenesten med å avsette 30-35 mill i en 5-årsperiode og tildelt midlene til forskningsprogrammet FYSIOPRIM ved Universitetet i Oslo. Gjennom dette forskningsprogrammet vil ulike modeller for forskning i primærhelsetjenesten i samarbeid med universitetsmiljø, prøves ut og evalueres. For at nåværende forskningssatsninger og intensjonene i reformen skal lykkes, er det avgjørende at det framover avsetter offentlige midler til forskning i primærhelsetjenesten. Det er også vesentlig at det

etableres formalisert samarbeid mellom kommuner, helseforetak og forsknings- og utdanningsinstitusjoner for å sikre relevant og kvalitetsmessig god forskning i primærhelsetjenesten.

Konklusjon

St. Olavs Hospital støtter beskrivelsen av utfordringsbildet og målsettingen med Samhandlingsreformen. Det foreslås mange viktige og gode endringer i høringsdokumentene. Likevel preges høringsdokumentene av at virkemidlene er for svake og langsiktige og det skaper usikkerhet om vilje til gjennomføringen av reformen. Tiltak skyves ut i tid, overlates til et omfattende forskriftsverk og avtaleverk mellom kommunene og helseforetakene. Manglende nasjonale grep kan resultere i statlig detaljstyring i enkeltsaker.

Sykehusapoteket HF

(Administrativt innspill til høring Nasjonal helseplan. Også sendt inn som egen uttalelse)

Helse Midt-Norge
v/Daniel Haga

Tr.heim 23.12.10

Framtidens helsetjenester - hørings svar

Sykehusapotekforetakene i Norge viser til netthøringen knyttet til departementets arbeid med Nasjonal helse- og omsorgsplan, og oversender med dette vår synspunkter, særlig innenfor området Legemidlet og legemiddelbruk.

Sykehusapotekene har som målsetning å bidra til riktig legemiddelbruk. Ulike studier/prosjekter, legemiddelrevisjoner og avviksregistreringer har identifisert områder med store forbedringsmuligheter, noe som er godt beskrevet i høringsnotatet. Problemene og utfordringer på legemiddelområdet, både i og utenfor institusjon, er dekkende beskrevet. Vi registrerer det som positivt at det er lagt vekt på tiltak som skal sikre riktig legemiddelbruk ved overføring mellom behandlingsnivåene.

Vi har følgende kommentarer og innspill til de målene som er satt for planperioden:

Korrekte opplysninger om den enkeltes legemiddelbruk

Virkemidlene som beskrives er viktige og relevante. Når studier viser at det er avvik i legemiddelopplysninger hos over 80 % av pasientene ved skifte av omsorgsnivå er det åpenbart at tiltak må iversettes. For pasienter som innlegges i sykehus er det naturlig å innrette arbeidet på tre punkter i behandlingsforløpet:

Ved innleggelsen:

Her har helsetjenesten en god anledning til å ajourføre og korrigere oversikten over pasientens legemiddelbruk ved opptak av en standardisert legemiddelanamnese. Standardiseringen kan støttes gjennom bruk av sjekklister m.v., men krever også kompetanshevende tiltak for helsepersonell, eventuelt bruk av farmasøytisk kompetanse ved opptak av legemiddelanamnesen for utvalgte pasienter/pasientgrupper (legemiddelsamtale). Opplysningene fra legemiddelanamnesen nyttes til oppdatering av legemiddellisten i pasientens kjernejournal.

Under sykehusoppholdet:

Legemiddelrelaterte problemer (LRP) er i flere undersøkelser identifisert hos over 70 % av pasienter innlagt i sykehus. Erfaringene med bruk av farmasøyter i arbeidet med å identifisere og bidra til å løse LRP er gode. Vi foreslår at legemiddelgjennomgang med farmasøyt innføres for utvalgte pasientgrupper.

Ved utskrivningen:

Undersøkelser viser at det er store mangler knyttet til informasjon om pasientenes legemidler ved utskrivning fra sykehus. Noen undersøkelser viser at det er minst ett avvik i legemiddelinformasjonene hos 50 % av pasientene. Det bør innføres en standardisert legemiddelliste som alle pasienter får med seg ved utskrivning. En fullstendig oversikt (legemiddelliste) over legemiddelbehandlingen ved utskrivning er en forutsetning for den videre oppfølgingen av

pasienten. Legemiddellisten må som et minimum inneholde informasjon om hva pasienten stod på ved innkomst, dosejusteringer og seponeringer under innleggelse samt oppstart av ny behandling. I tillegg bør det være en egen liste over videre legemiddelbehandling. Legemiddellisten må etter hvert bli en standard del av epikrisen og pasientjournalen. Tilbud til pasientene om legemiddelsamtale med farmasøyt bør også bli et naturlig element ved utskrivning fra sykehus.

Bedre beslutningsstøtte for legen

Vi støtter beskrivelsen av behovet økt tverrfaglig samarbeid, og ser på forslaget om å benytte f. eks. antall farmasøyer knyttet til kliniske avdelinger og antall gjennomførte legemiddelsamtaler som relevante og gode indikatorer. Behandlingsretningslinjer/veileder og tverrfaglige nettverk er også gode tiltak. Utdanningsprogrammer som det nyetablerte masterstudiet i erfaringsbasert klinisk farmasi er også et viktig tiltak på dette området.

Bedre pasientopplæring

En målsetting om bedre kunnskap om egen legemiddelbruk hos pasientene, og derigjennom bedre forståelse og motivasjon for egen behandling vil understøttes av mer utstrakt bruk av legemiddelsamtaler med farmasøyt og eventuelt legemiddelgjennomganger komplettert med legemiddelsamtale. Den farmasøytiske kompetansen som forvaltes gjennom sykehusapotekene kan utnyttes bedre og mer målrettet gjennom økt tverrfaglig samarbeid. Det kan i denne forbindelse vurderes om sykehusapotekene på legemiddelområdet bør få status som lærings- og mestringssentre.

Sikker legemiddelhåndtering

I sykehus må legemiddelhåndtering ha stort fokus, og arbeidet med utvikling og vedlikehold av systemer og rutiner må prioriteres. Det er ikke definert nasjonale kvalitetsindikatorer for medisineringsfeil i sykehus eller institusjon, noe som hemmer arbeidet med forbedring og forbygging. Vi vet at mange feil oppstår ved administrering/utdeling av legemidler, og ved overføring/dokumentasjon. Følgende elementer er viktige faktorer i arbeidet for sikker legemiddelhåndtering:

- Elektronisk ordineringsmodul i elektronisk pasientjournal
- Endosepakkede legemidler
- Strekkodekontroll ved administrering/utdeling

En av årsakene til feil dose er feil ved utregninger/beregninger av legemiddeldosen etter ordinasjon fra lege. Grunnkunnskapene i legemiddelregning er en forutsetning for pasientsikkerheten og må kontinuerlig holdes ved like. Vi mener det bør vurderes opplæringstiltak med obligatorisk test for alle ansatte som deltar i istandgjøring og administrering/ utdeling av legemidler.

Punktene vi har beskrevet ovenfor bidrar alle til økt pasientsikkerhet og bedre behandling. Vi ser at utnyttelse av farmasøytisk kompetanse i samhandling med øvrig helsepersonell i behandlingsforløpene og på tvers av omsorgsnivåene vil gi gode effekter. Manglende finansierings- eller betalingsordninger for farmasøytiske tjenester som legemiddelsamtaler og legemiddelgjennomganger er et hinder for økt utbredelse av gode ordninger og tilbud. I sykehus kan innføring av ISF-ordninger for slike tjenester være en god løsning. En refusjonssats for apotek som gjennomfører legemiddelsamtaler er også et relevant tiltak.

Legemiddelbehandlingen er et sentralt element i samhandlingen mellom omsorgsnivåene. Når forholdet mellom nivåene reguleres er det viktig at alle aktører trekkes in i arbeidet. Helseforetak og kommuner bør oppmuntres til å inkludere både farmasøytiske tjenester og apotek tjenester for øvrig når samarbeid og avtaler inngås.

Med vennlig hilsen

Gunn Fredriksen

Med hilsen
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Helse Midt-Norge RHF, Stjørdal

Sendes elektronisk som vedlegg til e-post
stilet til postmottak@helse-midt.no

Vår referanse
2010/72

Deres referanse

Dato
06.01.2011

HØRING NYE LOVER, MED MER

Det vises til høringsprosess i Helse Midt-Norge knyttet til

- Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Ny folkehelselov
- Ny helse- og omsorgsplan

Våre innspill oversendes til Helse Midt-Norge i tråd med prosess fram mot endelig frist 18.01.2011 til HOD.

Ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenester

Forslag til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenester

Innspillene tar utgangspunkt i lovkapitlene.

En viktig endring er at sosialtjenesten i prinsippet utvikles og integreres innenfor en samlet helse- og omsorgstjeneste. Dagens særansvar for oppfølging av mennesker med rusmiddelproblemer, jf sosialtjenestelovens kapittel 6.1 tas bort og integreres i de generelle bestemmelsene i loven. Bestemmelsene knyttet til tvang beholdes i hovedsak slik som i dag i et eget kapittel.

Vi forutsetter at de nye formuleringene i kap 1-3 innebærer en styrket stilling for mennesker med rusmiddelproblemer, da mange vil ha omfattende behov for ulike kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ingen særskilte merknader til kap 4 og 5.

Det er positivt at det i kap 6 foreslås et tydeligere avtalesystem mellom kommuner og helseforetak/spesialisthelsetjenesten. Det er vesentlig at avtalesystemene er tilpasset alle sektorer/fagområder på en god måte.

Det er positivt at det i kap 7 tydeliggjøres bedre enn i dag at kommunene har det sentrale ansvaret for å opprette og koordinere arbeidet rundt individuell plan. Det er imidlertid viktig at bruken av IP økes i kommunene og at etablering og gjennomføring skjer raskt og smidig.

Ingen særskilte merknader til kap 8 og 9.

I kapittel 10 omtales bestemmelsene for tvangstiltak overfor rusmiddelmissbrukere som for alle paktiske formål videreføres som i dag. I lys av Røkkansenterets evalueringer i 2009 og 2010 på oppdrag fra Helsedirektoratet, hadde vi forventet at dette ble gjenstand for drøfting i høringen. Vi registrerer at så ikke er tilfelle. Det er vår vurdering at det er behov for endringer/tilpasninger på dette området.

Når det gjelder kap 11 ser vi fram til nærmere avklaringer knyttet til §§:

- 11-3. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester
- 11-4. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Her er det viktig at også ruspasienter i kommunal oppfølging og/eller TSB omtales.

Ingen særskilte merknader til kap 12 og 13.

Forslag til endringer i andre lover:

- Helsepersonelloven: Det er viktig at etableringen av individuell plan ikke byråkratiseres unødig, slik nytt forslag til § 38a kan tolkes i retning av.
- Pasientrettighetsloven: Klagebestemmelsene i §§ 7 framstår noe uklare i det nye forslaget, for eksempel er det uklart hvem som er førsteinstans i klagesaksbehandlingen.
- Spesialisthelsetjenesteloven: Positivt at dagens bestemmelse om pasientansvarlig lege endres til fordel for pasientansvarlig koordinator. Når det gjelder ny § 2.5b om koordinerende enhet er det viktig at denne omfatter alle sektorer/fagområder, dvs somatikk, psykisk helsevern og TSB. Nåværende formulering kan tolkes som om det gjelder pasienter knyttet til de mer avgrensede fagområdene habilitering og rehabilitering. Når det gjelder ny § 3-3 bør forslaget om å flytte meldeplikten fra helsetilsynet lokalt til nasjonalt kunnskapssenter konsekvensutredes nærmere.
- Psykisk helsevernloven: Ingen merknader
- Helseregisterloven: Ingen merknader
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten: Ny formulering i § 2 bør konsekvensutredes nærmere i tråd forslaget til ny § 3-3 i spesialisthelsetjenesten. ill der.
- Justeringer/tekniske endringer i øvrige lover: Ingen merknader.

Ny folkehelselov

Så langt vi kan vurdere representerer forslaget en viktig systematisering av kommunenes, fylkeskommunenes og statlige myndigheters ansvar for folkehelsearbeidet. Vi vet at befolkningens bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler er en viktig faktor i folkehelsearbeidet. Vårt kompetansesenter for rus Midt-Norge (ett av 7 i Norge) jobber både i samarbeid med kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn, helsedirektoratet knyttet til folkehelse og rus. Dette skjer gjennom tilrettelegging for systematiske forebyggingsprogrammer i kommunene, kunnskapsutvikling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten,

rusmiddelpolitiske handlingsplaner i kommunene, god helsearbeidet forankret i fylkeskommunene, med mer.

Ny helse- og omsorgsplan

Vi slutter oss gjerne til utfordringsbilde som tegnes, bl.a. gjennom sentrale formuleringer som:

- Tjenestene skal være effektive og trygge, og tilgjengelige innen akseptable ventetider – uavhengig av den enkeltes økonomi, bosted, alder, kjønn, funksjonsevne, etniske bakgrunn og livssituasjon.
- Kjernen i samhandlingsreformen er å øke innsatsen for å begrense og forebygge sykdom. Vi skal sikre at pasientenes behov for tjenester møtes på en helhetlig og samordnet måte. Og vi skal sørge for likeverdig fordeling av ressurser og helse- og omsorgstjenester.
- Vi må vite at tiltakene virker – enten vi snakker om forebygging, behandling eller rehabilitering. Både helsepersonell og pasienter må sikres tilgang til god og kvalitetssikret kunnskap.
- En av de største utfordringene blir å rekruttere, utvikle og beholde tilstrekkelig og kompetent personell.

Når en ser mer særskilt på psykisk helse og rus beskrives en positiv utvikling gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse som er avsluttet og opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012).

Men situasjonsbilde gir uttrykk for noen formuleringer det er verdt å merke seg, som:

- Alkoholmisbruk er et av vår tids største helseproblemer og er den viktigste årsaken til uførhet, sykdom og tidlig død – etter tobakk.
- Også bruk av illegale rusmidler er forbundet med betydelig sykkelighet og høy dødelighet. Det er en sterk sammenheng mellom ruslidelser, psykiske lidelser og fattigdom.
- Om lag en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid en psykisk lidelse og/eller et rusproblem.
- Pasientgruppene innen rusfeltet og psykisk helsefeltet er til dels overlappende. En relativt stor andel av pasientene har samtidig psykiske lidelser og rusproblem. Mange, særlig rusmiddelmissbrukere, har i tillegg somatiske lidelser. Samtidig og integrert behandling vil normalt være det beste tilbudet for disse pasientene. Helsetjenesten må styrke sin kompetanse om sammensatte lidelser, samt ha screening- og kartleggingssystemer for å fange opp kompleksiteten i lidelsene og utvikle et behandlings- og tjenestetilbud som ivaretar behovet for integrert behandling.

Når en ser på tiltakene er det mange gode forslag, for eksempel:

- Forebygging på rusfeltet med regulatoriske tiltak, rusforebygging i arbeidslivet, informasjonsarbeid og internasjonalt arbeid.
- Kapasitetsøkning og bedre tilgjengelighet til tjenester i kommunene.
- Bidra til å bygge ut boligtilbudet til personer med psykiske lidelser og rusproblematikk.
- Videreutvikle eksisterende samarbeidsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjenesten
- Styrke bruken av individuell plan.
- Økt kapasitet og bedre tilgjengelighet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Sammenhengende og helhetlige behandlingsforløp.
- Videreutvikle tiltak for arbeid og aktivitet for mennesker med rusrelaterte problemer
- Videreføre satsingen på tiltak rettet mot barn som pårørende.
- Vurdere evalueringen av tilbakeholdelse uten eget samtykke i sosialtjenesteloven.
- Ferdigstille arbeidet med å utarbeide og iverksette nasjonale retningslinjer og veiledere i rusfeltet.
- Videreutvikle rapporteringssystemer blant annet i Norsk pasientregister (NPR) og for kommunene.

- Styrke kompetanse om psykisk helse og rusproblematikk i grunn- og videreutdanningene.
- Videreføre tilskuddet til videreutdanninger i rus- og avhengighetsproblematikk for ansatte i kommunene, politiet og kriminalomsorgen.
- Vurdere å etablere spesialitet i rus- og avhengighetsproblematikk for leger.
- Fortsette innsatsen med å styrke forskning på psykisk helse og rusfeltet.

Det er likevel slik at situasjonsbeskrivelsen og tiltakene ikke uten videre henger godt nok sammen. Dersom vi virkelig ønsker å bekjempe et av vår tids største helseproblemer er det behov for enda mer gjennomgripende analyser og tiltak som totalt sett vil endre alle deler av kommunenes og spesialisthelsetjenestens samlede tilbud.

Med vennlig hilsen

(sign.)

Dag Hårstad

Adm.dir

Saksbehandler: Reidar Hole