

Sosial- og helsedepartementet

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato: 18. januar 2011

Saksbehandler:

Helle Devik Haugseter

Høring – forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - Samhandlingsreformen

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat – ”Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester” som er en del av oppfølgingen av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

Helse Sør-Øst RHF avgir en samlet høringsuttalelse til lovforslaget på vegne av våre helseforetak. Vi har fått en grundig høringsuttalelse fra Brukerutvalget, som følger som vedlegg til dette dokumentet.

I tillegg er det utarbeidet 6 fylldige høringsuttalelser fra helseforetak innen Helse Sør-Øst. Disse er i sin helhet vedlagt vår høringsuttalelse på Nasjonal helseplan. Helse Sør-Øst vil også presisere at denne uttalelsen, samt høringsuttalelsene til folkehelseloven og Nasjonal helseplan må ses i sammenheng. Vår uttalelse til Nasjonal helseplan ligger til grunn for uttalelsene om lovforslagene. I den høringsuttalelsen har vi i særlig grad trukket inn og vektlagt de overordnede planer og strategier som foretaksgruppen selv har lagt for egen virksomhet og brukermedvirkning, samt vårt samarbeid med kommunal sektor og samhandlingen med kommunale tjenester. Selv om uttalelsene på denne måten har en innbyrdes avhengighet og bør ses som en helhet, mener vi at de er utformet slik at de bør kunne leses og forstås hver for seg.

1. Innledning

Mange av tiltakene i samhandlingsreformen er basert på at kommunen og spesialisthelsetjenesten skal løse oppgaver i fellesskap. Pr i dag er lovgivningen i liten grad innrettet for å etablere fellesløsninger mellom kommuner og helseforetak. I høringssvaret stiller Helse Sør-Øst RHF særlig spørsmål ved om lovforslaget i tilstrekkelig grad er innrettet for at den ønskede samhandlingen kan oppnås på en måte som i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til pasientsikkerhet, og for øvrig er i overensstemmelse med myndighetskrav.

Vi har i tillegg kommentert de lovforslagene som særlig berører spesialisthelsetjenesten.

2. Ny kommunerolle (kapittel 12)

Departementet legger i høringsnotatet opp til at kommunene skal ha et helhetlig ansvar for å "sørge for" helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Helse Sør-Øst er ubetinget enig i dette, også ut fra vårt ønske om at kommunene skal være en god, sterk og likeverdig part i samhandlingen. Foretaksgruppen ser på organisering og standardisering som to viktige faktorer for å bringe norsk spesialisthelsetjeneste framover, og vil fremheve at lovforslaget må understøtte samme utvikling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Lovforslaget inneholder en mindre detaljert oversikt enn dagens kommunehelsetjenestelov over hvilke oppgaver kommunen har ansvaret for å tilby. Slik vi forstår høringsforslaget videreføres kommunens ansvar for kommunal helsetjeneste som i dag, og man søker å tydeliggjøre dette ansvaret ved å innføre kommunalt "sørge for"-ansvar. Når det gjelder grenseoppgangen mellom kommunens ansvar for helsetjenester og det regionale helseforetakets ansvar for spesialisthelsetjenester videreføres også dagens regulering, hvor det sentrale er at kommunen skal yte nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste. Gråsoner som oppstår i denne ansvarsfordelingen, skal slik vi forstår det, løses i det avtalebaserte lovpålagte samarbeidet som foreslås innført.

Helse Sør-Øst RHF støtter departementets forslag om innføring av kommunalt "sørge for"-ansvar, men savner noe nærmere regulering av skillet mellom de to "sørge for"-ansvarene. Vi deler departementets oppfatning av at det vil være vanskelig å detaljregulere grenseoppgangen mellom kommunens og HFene sitt ansvarsområde, og at det vil kunne gi statiske løsninger som i liten grad tar høyde for den faglige utviklingen i feltet. Vi mener likevel at loven tydeligere bør definere hovedregelen, og gi noen føringer for hvilke momenter som skal vektlegges når ansvaret må plasseres. Slik lovforslaget står nå kan det skape usikkerhet om hvilke tjenester den enkelte pasient kan ha rettskrav på. Vi ser det som viktig for pasientens opplevelse av tilgjengelige tjenester at det er klarest mulig hvor man skal henvende seg for å få helsetjenester. I konkrete tilfelle vil grensen måtte treffes av tilsynsmyndighet/klageorgan, da oftest i ettertid, og det antas hensiktsmessig om det gis noen klarere føringer for hva som kan vektlegges ved denne vurderingen av hensyn til forutsigbarhet for helsetjenesten og pasientene.

Om en tjeneste er et kommunalt ansvar eller et ansvar for HF/RHF har også betydning i forhold til hvordan tjenesten kan organiseres (jf Kap 25), i forhold til spørsmålet om lov om offentlige anskaffelser kommer til anvendelse og for anvendelsen av de økonomiske virkemidlene som foreslås innført. Dette taler etter vår oppfatning også for at grenseoppgangen bør tydeliggjøres i loven, ev i forskrift i større grad.

3. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp (kap 13)

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om kommunen bør pålegges en plikt til å ha tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Departementet ber også om en kommentar til om en slik eventuell lovfesting bør suppleres med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med regionalt helseforetak om at sistnevnte skal utføre oppgavene på vegne av kommunen. Helseforetaket skal i så fall ikke kunne motsette seg en slik løsning.

Helse Sør-Øst RHF er enig i at kommunene tilpliktes å ha et nærmere avgrenset tilbud om døgnopphold. Etablering av døgntilbud i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp vil være egnet til å oppnå samhandlingsreformens intensjoner om færre

sykehusinnleggelser, og at pasienter dermed tilbys helsehjelp etter LEON-prinsippet. Helse Sør-Øst RHF er således positive til lovpålagt plikt til døgntilbud for ø-hjelp i kommunen. Det vil også gi fastlegene et nytt verktøy i pasientbehandlingen i tillegg til sykehusinnleggelse.

Helse Sør-Øst RHF vil fremheve at etablering av denne type døgntilbud må innrettes slik at pasientsikkerheten ivaretas. Ordningen kan innebære en risiko for at pasienter i kommunen ikke blir forsvarlig utredet ved at de legges inn i kommunale institusjoner uten tilstrekkelig medisinsk kompetanse. Det er derfor viktig å sikre at ordningen bare benyttes for pasienter som får et bedre eller like godt tilbud i kommunen som i spesialisthelsetjenesten. Etablering av et kommunalt tilbud må ikke bli til hinder for at pasienter som trenger akutt innleggelse på sykehus, blir innlagt. Ordningen må sikre at tjenestetilbudet er faglig forsvarlig, ved at det bygger på tilgjengelig diagnostisk, behandlings- og pleiemessig kompetanse. Etter vår vurdering er det derfor av stor viktighet å presisere at kommunens eventuelle plikt til å etablere døgntilbud til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, bare gjelder for pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling.

Vi stiller likevel spørsmål om ordningen bør lovfestes på den måten som nå er foreslått. Det foreslås lovfesting av plikt for kommunen til å ha døgnbasert øyeblikkelig hjelp tilbud, som eventuelt etter avtale kan utføres av HFene. En slik avtale skal ikke HFene kunne motsette seg. På side 169 i høringsnotatet er det sagt at dersom helseforetakene skal utføre oppgaven med døgnbasert øyeblikkelig hjelp på vegne av kommunene, så skal kommunen betale kommunal medfinansiering for slike opphold i helseforetaket. Forslaget om kommunal medfinansiering er fortsatt under utredning, og slik vi forstår det utredes en medfinansieringssats på 20 % av pasientbehandlingen. Spørsmålet er vel om det vil gi tilstrekkelig insentiv for kommunen til å etablere døgntilbud øyeblikkelig hjelp tilbud, hvis HF ikke kan motsette seg å utføre jobben for dem til en medfinansieringssats på 20 %.

Hvis kommunen skal betale for at spesialisthelsetjenesten utfører deres plikt til døgntilbud ved øyeblikkelig hjelp, ser vi for oss at HFene vil håndtere dette via sine akuttmedisinske tjenester. Det kan da stilles spørsmål om hvilke kriterier som skal legges til grunn for hvor stor andel av spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske tjenester kommunen skal betale for.

4. Avtalebasert lovpålagt samarbeid (kapittel 25)

Det sentrale verktøy for å fremme helhetlig og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte pasient, i tillegg til innføring av økonomiske insentiver, er forslaget om innføring av avtalebasert lovpålagt samarbeid mellom kommunene og de regionale helseforetakene/helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om innføring av lovpålagt avtalebasert samarbeid. Det er imidlertid viktig å presisere at hensynet til pasientsikkerhet må være førende for hvordan avtalene innrettes, og at forsvarlighetskravet må ligge som en grunnleggende premiss for de avtalene som inngås. Helsepersonelloven § 16 om krav til at virksomheten må organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter modifiseres ikke ved avtaleinngåelsen. Dette må avtalepartene være seg bevisst for at pasientene skal få forsvarlige tjenester.

Vi har videre følgende innspill til lovfesting av det avtalebaserte samarbeidet som vi ber departementet se nærmere på hvordan kan løses.

4.1 Ulike samarbeidsformer

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak kan hovedsakelig deles i to ulike former: Den ene formen er der helsetjenesten samarbeider **etter hverandre i et pasientforløp**. Ved den type samarbeid er målet at overgangen i ansvarsnivå skjer mest mulig ”sømløst”. Det er særlig fokus på tilstrekkelig og sikker informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene og tydelig ansvars plassering.

Den andre og mer moderne formen for samhandling er **etablering av fellesløsninger**, der kommunen og spesialisthelsetjenesten yter tjenester til pasienten samtidig eller i nært samarbeid, eks. ”1 ½ - linjetjeneste”, dvs at man samarbeider om en tjeneste som for pasienten fremstår som et hele. Samhandlingsreformen legger i stor grad opp til etablering av denne type fellesløsninger til beste for pasienten. For denne samarbeidsformen er det flere utfordringer, særlig gjelder det i forhold til felles drifting og / eller eierskap til slike løsninger.

Helse Sør-Øst RHF savner en nærmere gjennomgang av hva som skal til for at etablering av fellesløsninger kan skje på en måte som ivaretar hensynet til pasientsikkerhet, og som også for øvrig tilfredsstiller lovkrav. Så vidt vi kan se, bringer ikke lovforslaget nye elementer inn for å løse dette. Vår vurdering er at regelverket i utgangspunktet setter begrensninger når det gjelder etablering av denne type fellesløsninger. Dette gjelder særlig spørsmål knyttet til følgende:

4.2 Felles tilgang til journal.

Helse Sør-Øst satser på å utvikle gode pasientforløp med vekt på samhandling internt i og mellom helseforetak, med primær- og kommunehelsetjenesten, og med pasienten. Lovforslaget nå derfor understøtte at pasientene opplever bedre kontinuitet og behandlingssikkerhet med færre sykehusinnleggelser og redusert liggetid. Elektroniske laboratoriesvar, radiologisvar og epikriser (bestilling, rekvisisjoner og henvisninger) må kunne sendes til/fra fastleger, allmennlegevakter, kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner og somatiske avtalespesialister fra alle helseforetak, i overensstemmelse med nye standarder og slik at utsendelse av papirsvaer kan stoppes.

Informasjonsutveksling som er nødvendig for å yte pasienten forsvarlig helsehjelp, kan som hovedregel skje med hjemmel i helsepersonelloven §§ 25 og 45. Disse bestemmelsene gir adgang til å kommunisere opplysningene i muntlig eller skriftlig form der det er nødvendig for behandling av pasienten. Bestemmelsene åpner ikke for tilgang til andre virksomheters journal, jf helseregisterloven §§ 6 og 13. Pr i dag er det forbudt å etablere felles pasientjournal på tvers av virksomheter. I høringsnotatet er det vist til at det pågår et arbeid med forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregister, og til departementets utredning av å forskriftsfeste etablering av regional kjernejournal med hjemmel i helseregisterloven §§ 13 og 6a. I angjeldende høringsnotat er det imidlertid ikke noen vurdering av i hvilken grad de to forskriftene, som er under utarbeidelse, vil gi tilstrekkelig hjemmel for at det ved etablerte fellesløsninger gis tilgang til hverandres journal. Det vises i den sammenheng også til at en tettere og mer sammenvevd virksomhet/tjenestetilbud må antas å være ledsaget av et parallelt forsterket behov for tilgang til detaljert og til enhver tid oppdatert informasjon hos hverandre. I høringsnotatet om forskriften ”tilgang på tvers” er det lagt opp til at det må bes om tilgang i journal for hvert enkelt oppslag, og det antas derfor ikke at forskriften i vesentlig grad vil løse behovet for tilgang til journal der det etableres ulike former for fellesløsninger. Det vises til vedlagte høringsinnspill fra Vestre Viken HF som beskriver hvilke kreative løsninger som etableres

ved ulike fellesløsninger for at helsepersonell skal få tilgang til journal når det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp. Helse Sør-Øst RHF savner en nærmere vurdering av dette punktet i høringsnotatet.

Helse Sør-Øst RHF stiller også spørsmål ved i hvilken grad eventuell forskrift fastsatt med hjemmel i helseregisterloven § 6b om etablering av virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre for bruk av helsepersonell med formalisert arbeidsfellesskap, vil kunne gi hjemmel for tilstrekkelig tilgang til journal for helsepersonell ved etablerte fellesløsninger. Av lovforarbeidene til § 6b (Ot.prp. nr 51 2008-2009) s. 56 kommer det frem at departementet mener at *”arbeidsfellesskapet utad må fremstå som én enhet, for eksempel et legesenter, et tannlegesenter, et distriktsmedisinsk senter, en legevakt eller lignende. Departementet ønsker ikke å begrense ”arbeidsfellesskap” til helsepersonell innenfor samme helsepersonellgruppe.”* Vi legger derved til grunn at det er gitt en forskriftshjemmel som åpner for å regulere at fellesløsninger som etableres i samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan etablere virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister. Det er etter vår vurdering viktig for gjennomføring av reformen at det gjøres bruk av denne hjemmelen.

4.3 Ansvarsforhold og instruksjonsmyndighet er også vanskelig å regulere fullt ut i avtale, for eksempel samarbeid mellom HF og kommunen om respiratorbehandling. Apparat leveres av spesialisthelsetjenesten, men brukes av kommunehelsetjenesten i pasientens hjem. For forsvarlig tjenesteyting er det en absolutt forutsetning at det avklares hvem som har ansvaret for tjenesteytingen. Hvem har ansvaret for å vurdere om det er forsvarlig at kommunen yter tjenesten? Hvem er det som definerer hvilken helsefaglig kompetanse som er nødvendig for å utføre helsehjelpen? I det samme eksempelet må det avklares hvem som har instruksjonsmyndighet i faglige spørsmål. Instruksjonsmyndighet til hva? I hvilken grad kan det avtales at kommunehelsetjenesten har ansvaret og herunder instruksjonsmyndighet over leger fra spesialisthelsetjenesten som inngår i en fellesløsning? Slik vi forstår det vil forsvarlighetskravet sette grenser for hvem som kan ha instruksjonsmyndighet – for det kan vel ikke være slik at man gjennom avtale kan påta seg ansvar for mer enn det man er kompetent til? Erfaring til nå er at de avtalene som inngås hvor ansvar og instruksjonsmyndighet for fellestjenester plasseres i kommunen ofte vil fremstå som en formalitet, som i liten grad løser de reelle problemene. Disse uklarhetene utgjør en risiko for pasientsikkerheten, og innebærer også en betydelig risiko for involvert helsepersonell/helsetjeneste med hensyn til hvem som er ansvarlig for eventuelle feil.

Ansvarsspørsmålet har også en side til hvor pasienten kan henvende seg ved misnøye og hvilken virksomhet som er pliktsubjekt ved en eventuell tilsynssak.

Etablerte avtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten forsøker å bøte på disse uklarhetene, men det er vanskelig å få avtaler som fullt ut løser de rettslige utfordringene etablering av fellesløsninger reiser.

4.4 Andre forhold

Hensyn som kan tale mot innføring av lovpålagt avtalebasert samarbeid, er at gjennomføringen vil være svært ressurskrevende både for kommuner og helseforetak. Oslo universitetssykehus HF viser i sitt høringssvar til at deres erfaring er at slik avtaleinngåelse tar uforholdsmessig lang tid og ressurser, og at det på grunn av kompromisser kan være fare for ansvarspulverisering. Det vil videre være uoversiktlig for pasienten å orientere seg i de ulike avtalene, og derved være vanskelig å finne frem til hvem som er ansvarlig for å yte den

aktuelle tjenesten. Vi støtter derfor departementet i at det er viktig at avtalene gjøres mest mulig tilgjengelige.

Inngåelse av avtaler mellom HF og alle landets kommuner (noen i samarbeid), vil kunne føre til ulike løsninger, noe som kan utfordre det grunnleggende prinsippet om at pasientene skal ha lik tilgang til helsetjenester. Det kan også fort bli uoversiktlig for helsepersonell som skal etterleve og følge opp de ulike avtalene, jfr. for eksempel at Sykehuset Innlandet HF er avhengige av samarbeidsavtaler med 48 kommuner i sitt opptaksområde.

For at tjenesten ikke skal utvikle seg altfor forskjellig i ulike regioner, foreslår departementet at det innføres veiledende standardavtaler. Etter vår oppfatning bør det vurderes om ikke de prinsippene om ansvarsforhold som nødvendigvis vil måtte fremkomme av standardavtalene, bør lov- eller forskriftsfestes av hensyn til å gjøre det mer tilgjengelig for den enkelte pasient hvilke rettigheter han/hun har overfor de ulike tjenestenivåene.

Helse Sør-Øst RHF mener, som fremhevet av Brukerutvalget i høringsuttalelsen, at den etablerte avtalestrukturen bør videreføres, dvs. med nasjonal rammeavtale mellom HOD og KS, og overordnede avtaler mellom regionalt helseforetak og KS i fylkene med angivelse av hvilke lokale tilpasninger HF og kommuner kan avtale.

En avtaleperiode på fire år synes hensiktsmessig, og bør etter vår vurdering følges av en gjensidig oppsigelsesfrist på 1 år.

5. Organisering av samarbeid mellom kommuner og foretak 25.6.3. og 25.6.4.

Helse Sør-Øst RHF er enig i at samlokalisering av tjenester er viktig for å lykkes med samhandlingsreformen (ref. høringsnotatets kap. 25.6.3). I denne sammenhengen vil mange av lokalsykehusene være aktuelle samhandlingsarenaer. Med de juridiske begrensningene som ligger for eierskap, vil dette reise problemstillinger som må løses med politiske prosesser og juridiske virkemidler.

Spørsmålet om oppgavene som kommuner og foretak samarbeider om skal utføres innenfor kommunens allerede eksisterende organisasjon i samarbeid med spesiell sthetsetjenesten, eller om det skal etableres nye institusjonelle løsninger eller organisatoriske tiltak som kommunene og foretaket samarbeider om, foreslås i høringsnotatet løst lokalt.

Av høringsnotatet kommer det frem at dersom en eller flere kommuner og ett eller flere foretak eier en virksomhet som yter kommunale helse- og omsorgstjenester sammen, kan den organiseres som et aksjeselskap. Den vil ikke kunne organiseres som interkommunalt selskap eller helseforetak. Dersom virksomheten i tillegg skal yte spesialisthelsetjenester, kan den heller ikke organiseres som aksjeselskap. Ingen av de særlige selskapsformene som er utviklet med tanke på offentlig eierskap, som helseforetak, interkommunale selskap eller statsforetak, åpner for at kommuner og helseforetak kan eie virksomhet sammen. I høringsnotatet foreslås det ingen endringer i adgangen til å organisere ulike selskapsformer.

Helse Sør-Øst RHF mener det er en mangel ved lovforslaget at behov for endringer i helseforetaksloven § 42 og selskapsloven § 1-1 nr 5 ikke er utredet. For å oppnå samhandling om felles oppgaver, er det etter vår oppfatning hensiktsmessig at det åpnes for at slike samhandlingstiltak kan organiseres som eget rettssubjekt. Ved etablering av egne rettssubjekt

vil spørsmål knyttet til ansvarsforhold, tilgang til journal og instruksjonsmyndighet ikke by på de utfordringer som er nevnt ovenfor.

Det er etter vår vurdering ikke tilstrekkelig for å oppnå samhandling at det for ytelse av kommunale helse- og sosialtjenester kan etableres aksjeselskap, hvor kommunen(e) og ett eller flere foretak kan være eier. Etter helseforetaksloven § 42 kan helseforetak bare eie virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjenester bare når *”det er egnet til å fremme foretakets formål.”* Det kan stilles spørsmål ved om eierskap til utførelse av kommunale oppgaver vil være egnet til å fremme foretakets formål. I noen tilfeller vil det kunne være det, for eksempel der det er åpenbart at eierskapet er egnet til å sikre utskriving av utskrivingsklare pasienter, men dette anses likevel som et usikkert virkemiddel. Videre er det heller ikke nødvendigvis opplagt når en tjeneste er å anse som spesialisthelsetjeneste som etter loven ikke kan ytes av aksjeselskap eid av helseforetak. Grensedragningen her antas særlig å kunne bli en utfordring dersom det er snakk om helsetjenester utført av aksjeselskap som er deleid av spesialisthelsetjenesten (helseforetak).

6. Krav til samarbeidsavtalenes innhold 25.6.5

Helse Sør-Øst RHF har vært tidlig ute med å etablere egne, overordnede samarbeidsavtaler og ansvarliggjøre egne helseforetak og sykehus til å inngå samarbeidsavtaler med alle kommuner og bydeler i sine opptaksområder. For å legge til rette for at avtalene som inngås mellom kommuner og foretak skal få et felles grunnlag, og for å sikre at avtalene skal bli det tiltenkte verktøyet for gjennomføring av samhandlingsreformen, foreslår departementet at det lovfestes et minimumskrav om hva som skal inngå i avtalene. Det overlates til partene på frivillig basis å ta inn det de måtte ønske i tillegg.

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om innføring av minimumskrav til avtalens innhold, og ser det også som positivt at det legges opp til utarbeidelse av standardavtaler. Som tidligere nevnt mener vi imidlertid at det bør vurderes om hovedmomentene for ansvarsavklaringen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten bør lov- eller forskriftsfestes.

Det bør være et minimumskrav at alle avtalene inneholder noe om hvordan avvik skal håndteres, det er spesielt viktig ved etablering av felles driftsløsninger. Det bør også presiseres hvem som har ansvar for det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet ved driftsløsningen.

Det bør, etter vår mening, være et lovkrav at det på alle nivå av avtaleinngåelse sikres brukerrepresentasjon/medvirkning i arbeidet. Vi foreslår derfor at brukerutvalget skal være representert ved avtaleinngåelse på overordnet strategisk nivå, jf de 13 punktene om brukarmedvirkning i Helse Sør-Øst RHF, og at brukerne er representert i alle typer samarbeidsutvalg og nettverk.

7. Håndtering av tvister etter avtaleinngåelse (25.7)

Det foreslås som et minimumskrav til avtalens innhold at det skal avtales en ordning for håndtering av uenighet om gjennomføring og eventuelle endringer av avtalene. Det vil være opp til partene hvilken tvisteløsningsordning de ønsker.

Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at det bør fastsettes obligatorisk tvisteløsning i loven, basert på en rettslig vurdering av hvilke tvisteløsningsordning som generelt vil være mest egnet. Vi begrunner dette med at avtalepartene antas å ha relativt lite grunnlag for å

foreta et kvalifisert valgt av tvisteløsning, og vi kan heller ikke se det som hensiktsmessig at avtalepartene skal komme frem til ulike ordninger. Dette synet er også påpekt av Oslo universitetssykehus HF.

8. Klageordning (kap 26)

I høringsnotatet foreslås pasientrettighetsloven § 7-1 opphevet, og foreslås erstattet med alminnelige klageregler der klage på enkeltvedtak fremsettes overfor den instans som har fattet vedtaket og klage på avgjørelser truffet av helsepersonell rettes til den som yter hjelpen.

Anmodningsretten etter pasientrettighetsloven § 7-1 har, slik vi har erfart det, vært vanskelig å håndtere i praksis både for pasienten og for helsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF støtter derfor forslaget om å innføre felles klageregler for hele helsetjenesten, men viser samtidig til at Akershus universitetssykehus HF og Oslo Universitetssykehus HF i sine høringsuttalelser har innvendinger til den foreslåtte endringen.

I høringsnotatet legger departementet til grunn at selv om § 7-1 oppheves, så skal uenighet/tvister mellom pasient og helsetjenesten fortsatt kunne løses på uformell måte på lavest mulig nivå selv om en slik ordning ikke er lovregulert. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til departementets vurdering. Det er viktig at muligheten for uformelle løsninger kommuniseres og forstås i helsetjenesten.

Det er foreslått endringer i pasientrettighetsloven § 7-6 om forvaltningslovens anvendelsesområde for behandling av klager etter pasientrettighetsloven. Helse Sør-Øst RHF har ikke kommentarer til at Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannens kompetanse i klagesaker begrenses når det gjelder kommunale vedtak. Vi legger til grunn at endringene i pasientrettighetsloven § 7-6 ikke får betydning for Helsetilsynet i fylkets kompetanse til å behandle klager som gjelder pasientens rettigheter overfor spesialisthelsetjenesten.

Det er i dag noe uklart hvordan forvaltningsloven § 36 om sakskostnader skal anvendes i pasientrettighetsklager. Helsedirektoratet har i brev av 19.02.2009 med ref 08/3409 anmodet Helse- og omsorgsdepartementet om en fortolkning. Vi forstår det slik at henvendelsen foreløpig ikke er besvart av HOD. Helse Sør-Øst RHF vil peke på at endringen i klagereglene kan få betydning for forvaltningsloven § 36 sin anvendelse når det gjelder helsepersonells avgjørelser. Vi ber departementet avklare hvorvidt § 36 får anvendelse på helsetjenestens avgjørelser som ikke er enkeltvedtak dersom helsetjenesten selv omgjør avgjørelsen og klageinstansen endrer helsetjenestens avgjørelse til klagerens gunst.

9. Kommunal medfinansiering (kap 30)

Det foreslås en lovhjemmel som gir adgang til å gi forskrift om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Ordningen er under utredning, og de nærmere kriteriene vil fremkomme av forskrift.

Forslaget om kommunal medfinansiering innen de somatiske spesialisthelsetjenester forutsettes administrert gjennom bruk av dagens ISF-løsning. Det er ikke lagt opp til endringer i ISF-finansieringen, utover en reduksjon i nivået, og innføring av kommunal medfinansiering. Helse Sør-Øst RHF stiller seg skeptisk til om et slikt stykkprisbasert insentivsystem støtter ønskene om bedre og mer effektiv utnyttelse av den samlede kapasiteten, og økt nytte for den enkelte pasient.

Dagens ISF-ordning er ikke rettet inn mot helsefremmende og forebyggende aktiviteter. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at en fremtidig finansiell modell i større grad enn dagens løsning må favne områder som rehabilitering, ambulante tjenester, kronikerbehandling/-omsorg, samt forebyggende helsearbeid. Fokus for utvikling og etablering av økonomiske virkemidler som støtte for samhandlingsreformen burde således heller være disse områdene, enn på endringer innenfor allerede etablerte finansieringsordninger.

Den kommunale medfinansieringen bør treffe pasientgrupper der organiseringen av kommunale tjenester har størst påvirkning og relevans i forhold til bruken av spesialisthelsetjenester. Verken definisjonen medisinske pasienter over 80 år, eller alle medisinske pasienter synes å være gode definisjoner av pasienter der kommunal medfinansiering vil kunne medvirke for god måloppnåelse. Kommunal medfinansiering for pasienter som uansett har behov for og krav på akutt hjelp, diagnostisering og behandling i spesialisthelsetjenesten, synes direkte uhensiktsmessig.

Det bør arbeides med å få til definisjoner og en løsning som på en god måte treffer de riktige pasientgruppene. Dersom en får til dette vil trolig det forslåtte nivået på 20 % av kostnadene for disse pasientene være altfor lavt til å sette kommunene i stand til å finansiere de nødvendig investeringene og driften av tjenestene. Det vil dermed ikke fungere som insentiv etter intensjonen.

Det er ikke foreslått endringer i finansiering av psykiatri/rusfeltet – dette skal utredes, men det er kanskje her vi har de største utfordringene mht. samhandling.

Den foreslåtte modellen for delfinansiering fra kommunene, støttes ikke av helseforetakene. Kommentarene går blant annet på at dette kan føre til for sterkt fokus på økonomi, samt uenighet om den nye ordningen kan gå på bekostning av tillit og felles forståelse som styrker samhandling og felles løsninger.

Det er mange uklarheter knyttet til finansieringsordningen, og det er etter vår vurdering bekymringsfullt å gi denne lovhjemmelen når ting er såpass uavklarte. Det er viktig at det ved en eventuell videre utredning av ordningen legges vekt på at den innrettes slik at det ikke blir unødig ressursbruk og diskusjon i begge virksomhetene knyttet til forståelse av ordningen, og administrering av den.

Hovedinnstillingen til Helse Sør-Øst RHF er derfor at eventuelle økonomiske virkemidler må innføres gradvis slik at det blir muligheter for justeringer underveis.

10. Utskrivningsklare pasienter (kap. 31)

Det foreslås lovfestet at kommunen har ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én for alle pasientgrupper.

Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at en ordning der kostnader ved utskrivningsklare pasienter som blir liggende i sykehus skal dekkes av kommunene, rent praktisk lar seg gjennomføre uten betydelige utfordringer. Helseforetakene har god oversikt over hvilke pasienter det til enhver tid vil være snakk om, de er vant med og har systemer for fakturering av mange ulike typer, slik at dette vil innebære lite mer-administrasjon.

Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene som har gitt innspill til høringen ser imidlertid i liten grad nytte av endringer i reglene rundt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Flere

av helseforetakene har funnet gode løsninger på dette innenfor eksisterende regelverk og retningslinjer, og de som fortsatt opplever utfordringer peker ikke på manglende økonomiske insentiver for å få dette på plass.

Dersom en skulle velge et system basert på en fast pris for denne betalingsplikten, bør det tilstrebes at prisen settes på et nivå som skal gjenspeile høyere kostnad enn kostnaden for ivareta pasientens behov hos de kommunale tjenestene.

11. Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling - kapittel 32

Det er allerede igangsatt arbeid med lov og forskrift for å gi helsepersonell nødvendig tilgang til helseopplysninger slik at helsehjelp kan tilbys på en forsvarlig og effektiv måte samtidig som personvern ivaretas. Helse- og omsorgsdepartementet har nylig hatt på høring forslag til forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre. Departementet har også under utredning en forskrift som skal gi grunnlag for etablering av regional kjernejournal. Som vi har påpekt under punktet om "Avtalebasert lovpålagt samarbeid" kan vi ikke se at det er gjort noen vurdering av i hvilken grad disse to forskriftene vil gi tilstrekkelig hjemmel for tilgang til journal der det er etablert felles driftsløsninger. Vi anmoder departementet om å gjøre en vurdering av dette punktet.

I foreliggende høringsnotat drøftes behovet for ytterligere lovendringer som kan understøtte elektronisk samhandling.

Det anføres i høringsnotatet at det er behov for sterkere nasjonal styring for å få til nødvendig elektronisk samhandling. Helse Sør-Øst RHF slutter oss fullt ut til dette, og det gjøres også i samtlige av de høringsuttalelsene vi har mottatt. De fire regionale helseforetakene har nylig oppfordret regjeringen til en sterkere nasjonal satsing på IKT i helsesektoren, med statlig finansiering over flere år. Vi har fremhevet at en slik satsing vil bidra til bedre pasientforløp på tvers av nivåer og institusjoner og vil ha stor betydning for pasientsikkerheten og effektiviteten i helsetjenesten, jfr. også innledningen til pkt. 4.2.

Vi er enig i HODs vurdering av at full elektronisk kommunikasjon antageligvis ikke vil bli en realitet uten et rettslig krav om det, i hvert fall vil det fremskynde prosessen som til nå har gått relativt sakte. Vi støtter derfor de forslag som er foreslått. Vi vil imidlertid bemerke at det i dag er vanskelig å få oversikt over de ulike aktørenes ansvar når det gjelder elektronisk samhandling, herunder blant annet Helsedirektoratet, Norsk helsenett og KITH. Det er, etter vår oppfatning, av avgjørende betydning at ansvarsforholdene mellom de ulike aktører tydeliggjøres.

12. Individuell plan – koordinator.

Høringsnotatets kapittel 22 og 23

I høringsnotatet foreslås det at hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan (IP) legges til kommunen i de tilfelle en person har behov for tjenester både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF støtter lovforslaget om at hovedansvaret for å utarbeide IP legges til kommunen. Likevel mener vi det er viktig at det, som foreslått, presiseres at spesialisthelsetjenesten har en plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Det viktigste med individuell plan er at det legges tett opp til ordinær pasientoppfølging, og at det sikres at de som har behov for IP får hjelp til å utforme en gjennomførbar IP mens de er under behandling.

Det foreslås en individuell plikt for helsepersonell til å delta i arbeidet med individuell plan og plikt til å melde fra om behov for individuell plan, jf forslag til ny § 38a i helsepersonelloven. Helse Sør-Øst RHF er positiv til at det foreslås innført en individuell plikt til å melde fra om behov for individuell plan og koordinator.

Krav om koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten for re-/habilitering videreføres slik det fremkommer i forskrift om habilitering og rehabilitering, men kravet foreslås lovfestet. Ansvar for den koordinerende enheten foreslås utvidet til å også ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuelle planer. Helse Sør-Øst RHF støtter dette forslaget.

Vi støtter også at ordningen med pasientansvarlig lege endres, slik at pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester skal ha en pasientansvarlig profesjonsnøytral koordinator. Det er imidlertid viktig å fremheve at koordinatoren må utpekes ut fra hvilken kompetanse som er nødvendig for at oppdraget kan utføres forsvarlig. Det er en forutsetning at den pasientansvarlige koordinatoren har nødvendig myndighet til å innkalle medisinsk personell når det er nødvendig. Dette er også fremhevet av Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus foreslår at rett til individuell plan og pasientkoordinator bør utløses når pasienten har "Behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester". Helse Sør-Øst RHF slutter seg til dette forslaget.

Brukerutvalget stiller spørsmål ved at det er brukt begrepet "å sørge for" om koordinators plikter, siden det er samme begrep som brukes om kommunens og spesialisthelsetjenestens overordnede systemansvar for tjenester. Helse Sør-Øst RHF er enig med Brukerutvalget i at det er grunn til å stille spørsmål ved dette, og mener departementet bør vurdere en annen begrepsbruk, for eksempel "bidra til".

13. Pasientforløp i spesialisthelsetjenesten – behov for lovendringer? (38.1)

Departementet stiller i høringsnotatet spørsmål ved om dagens regelverk med vurderingsfrist på 30 dager, jf pasientrettighetsloven § 2-2, er egnet til å understøtte og bidra til gode og forsvarlige pasientforløp. Departementet ber om høringsinstansenes vurdering av om den generelle vurderingsfristen bør være kortere enn 30 virkedager for alle henvisninger (for eksempel 10 virkedager) eller om en kortere frist eventuelt bare bør gjelde for enkelte pasientgrupper.

Av høringsuttalelsene Helse Sør-Øst RHF har mottatt fremkommer ulike syn på om vurderingsfristen bør kortes ned til 10 dager. Oslo universitetssykehus HF støtter forslaget, og begrunner det med at det vil gi et bedre tilbud til pasienten og en mer effektiv drift. Fagrådene går imot forslaget om å redusere fristen bl.a. fordi det ikke anses like godt egnet for alle henvisninger.

Helse Sør-Øst RHF ser det som hensiktsmessig å forenkle regelverket om vurdering av henvisninger slik at systemet blir likt for alle pasientgrupper. Det at man tok i bruk virkemiddelet å ha spesialfrister for noen fagområder (10 dager for barn og unge under 23 år – rus/psykiatri) var, etter vår oppfatning, egentlig uheldig ut fra at systemet allerede hadde innbygget en differensiering hvor alvorlige tilfelle skulle vurderes raskere enn innen 30 dager. Med innføring av differensierte, fastlagte vurderingsfrister, har systemet blitt vanskeligere å

håndtere for helseforetakene. Vi er derfor av den oppfatning at en forkortelse av fristen til 10 virkedager for alle pasientgrupper vil kunne være en hensiktsmessig forenkling.

En slik endring vil imidlertid innebære at dagens krav til innhenting av supplerende opplysninger vil måtte reduseres. Situasjonen i dag er at svært mange henvisninger er mangelfulle, slik at det ofte er behov for innhenting av opplysninger/grunnleggende diagnostikk. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at det bør stilles krav til hva en henvisning skal inneholde, slik at det blir mulig å vurdere henvisningen ut fra de opplysningene som foreligger. I prioriteringsprosjektet har dette vært tatt opp av klinikerne gjentatte ganger og det har blitt etterspurt at det må stilles krav til innholdet i henvisningene. Dersom vurderingsfristen reduseres til 10 virkedager er det av enda større betydning at kvaliteten på henvisningene forbedres.

En vurderingsfrist på 10 virkedager vil antagelig medføre at flere pasienter blir vurdert å ha en uavklart tilstand. Det kan gi utfordringer i forhold til å sikre disse pasientene prioritet videre i pasientforløpet. Dette er en utfordring også i dag, noe som har kommet tydelig frem gjennom prioriteringsprosjektet. Uavhengig av den foreslåtte lovendringen må det fremover arbeides med at rettighetspasienter sikres prioritet til de er behandlet ut av sin rettighetsstatus.

Høringsinstansene bes vurdere om ordlyden i pasientrettighetsloven § 2-2 bør endres slik at det kommer klart frem at den individuelle fristen som settes for (prioritert) nødvendig helsehjelp i noen tilfelle kan være tidspunktet for innkalling til utredning og ikke nødvendigvis tidspunktet for selve behandlingen. Helse Sør-Øst RHF mener det vil være hensiktsmessig og mer pedagogisk for pasienten om det kommer tydelig frem av loven at pasientens juridiske frist kan enten knytte seg til utredningsstart (uavklart tilstand) eller behandlingsstart (avklart tilstand). Enda viktigere antas det å være at dette kommer tydelig frem av den informasjonen pasienten får tilsendt.

14. Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven om tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister (38.2)

Departementet foreslår endring i spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 siste ledd som vil gi departementet en uttrykkelig hjemmel til i forskrift å regulere kriteriene for tildeling og hvordan prosessen ved tildeling skal gjennomføres.

Helse Sør-Øst RHF har ingen merknader til forslaget om å gi lovhjemmel for å forskriftsfeste kriteriene for tildeling av avtalehjemler. Vi forutsetter at forskriften ikke vil begrense RHFets skjønn når det gjelder vurderingen av hvilken spesialist som anses mest personlig egnet.

15. Flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (38.4)

Meldeordningen skal først og fremst understøtte sykehusenes internkontroll og kvalitetsarbeid. Det er derfor viktig at den utformes på en slik måte at dette formålet oppnås.

Slik vi forstår lovforslaget legges det opp til at avviksmeldinger etter § 3-3 skal sendes to veier: til Nasjonalt kunnskapssenter og til det interne avvikssystemet, slik at nærmeste leder blir orientert og kan følge opp. Meldingen til Kunnskapssenteret blir således et supplement til intern avvikshåndtering. Helse Sør-Øst RHF mener dette bør komme tydelig frem av lovteksten, slik at det ikke skapes tvil om at det fortsatt er virksomheten som har hovedansvaret for å håndtere avviket, herunder analysere hendelsen og iverksette nødvendige

kvalitetsforbedrende tiltak. Vi viser i den sammenheng til uttalelsen fra Akershus universitetssykehus HF der det fremheves at en ny meldeordning bør være utformet slik at den gir støtte til det systematiske ledelsesforankrede forbedringsarbeidet i den enkelte virksomhet. Det fremheves at den foreslåtte endringen ikke i tilstrekkelig grad ivaretar dette hensynet.

Videre antar Akershus universitetssykehus HF at dersom det etableres en ny meldeordning hvor melder kan velge å være anonym uten å risikere at anonymiteten blir brutt, vil det kunne få konsekvenser for hvor mange meldinger som faktisk blir meldt internt. Det fremstår noe uklart i høringsnotatet hvordan virksomhetens kvalitetsforbedrende arbeid skal skje ved anonyme meldinger. Vi mener det er viktig at det presiseres at meldingene skal være anonyme kun når de sendes ut av virksomheten. Anonyme meldinger internt i virksomheten vil, etter vår vurdering, undergrave virksomhetens kvalitetsforbedrende arbeid, med den risiko det kan innebære for pasientsikkerheten.

Uavhengig av om meldeordningen flyttes, er det, som fremhevet av Oslo universitetssykehus HF, viktig at pasientsikkerhetsarbeidet understøttes av en uavhengig instans, for eksempel Kunnskapssenteret, som får tilgang til nødvendige data for det formål å utvikle læringsinformasjon og aggregerte data fra meldte hendelser. Den uavhengige instansen bør ha tett pasientsikkerhetsfaglig samarbeid med helseforetakene og bidra til fagutvikling og opplæring av analysekompetanse.

Helse Sør-Øst RHF vurderer at meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fortsatt bør pålegges institusjonen/virksomheten. Vår vurdering er imidlertid at det samtidig bør vurderes om ikke det også bør være en individplikt å melde, jf helsepersonelloven § 38 som ikke er trådt i kraft.

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om at det ikke kan reises tilsynssak eller begjæres påtale mot det helsepersonell som har meldt på grunnlag av selve meldingen, men at dette vernet er knyttet til selve meldingen.

Det forutsettes at en helt ny nasjonal anonym meldeordning ikke er et alternativ dersom meldeordningen ikke flyttes.

Tre helseforetak (Sørlandet sykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF) er til dels sterkt imot forslaget om flytting av meldeordningen.

16. Krav til systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten. (Kap 19.)

Helse Sør-Øst RHF er svært positive til at det foreslås å lovfeste krav til systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.

Vi mener imidlertid det er u hensiktsmessig å skille mellom internkontroll, kvalitet og pasientsikkerhet på denne måten i loven. Samtlige av begrepene henspiller på tiltak som iverksettes for å sikre trygge, virkningsfulle og forsvarlige tjenester. Av pedagogiske hensyn mener vi disse tiltakene bør henge sammen også i lovgivningen for å tydeliggjøre at det er snakk om ulike elementer for å sikre forsvarlige tjenester. Vår vurdering er derfor at krav til pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid bør implementeres i internkontrollforskriften. Av pedagogiske hensyn mener vi også at departementet bør vurdere om internkontrollforskriften som sådan, kan tas inn i lovene.

17. Lovfesting av internkontrollplikt for RHF (10.4.4)

Det foreslås et nytt andre og tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a som pålegger de regionale helseforetakene internkontrollplikt. Helse Sør-Øst RHF er positive til at RHFets internkontrollplikt lovfestes i tråd med det som har vært lagt til grunn som gjeldende rett. Vi mener imidlertid det er behov for en tydeliggjøring av hva det betyr at RHFet har plikt til internkontroll. Det fremkommer av lovforslaget at RHFet har *”plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift.”* Helse Sør-Øst RHF mener det er behov for en klargjøring av hva RHFets internkontrollplikt innebærer overfor våre helseforetak. Har vi som ledd i vår internkontroll en plikt (rett) til å evaluere/kontrollere om HF etterlever myndighetskrav? Hvor langt kan RHFet gå i å kontrollere helseforetak som selvstendig rettssubjekt. Dersom RHFene skal ha en reell kontroll av dette, og ikke bare etterspørre hva HFene har gjort, så vil det være nødvendig med tilgang til detaljerte opplysninger fra HFene, herunder i noen tilfelle taushetsbelagte opplysninger. Som Helse Sør-Øst RHF tidligere har påpekt overfor departementet mangler det i dag en slik klar lovhjemmel. Helse Sør-Øst RHF mener det er viktig at det presiseres i forarbeidene hvor langt RHFets internkontrollplikt rekker, og at den ledsages av tilstrekkelig klar lovhjemmel.

18. Innføring av gjensidig veiledningsplikt

Det var en forventning om at lovforslaget skulle inneholde bestemmelser om gjensidig veiledningsplikt mellom kommunen og helseforetakene. Dette er imidlertid ikke omtalt i høringsnotatet. Et virkemiddel for å fremme samhandling om pasientbehandlingen er å lovfeste gjensidig veiledningsplikt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at god veiledning forutsetter god kommunikasjon mellom likeverdige parter, og at det å gjøre veiledningsplikten gjensidig derfor vil kunne være et viktig bidrag i så måte. Vi ber derfor departementet vurdere å ta dette inn i lovene.

Som vi anførte i innledningen, vil Helse Sør-Øst RHF for øvrig vise til vår høringsuttalelse til nasjonal helseplan, samt de kommentarer og merknader vi har gitt i vår uttalelse til den nye folkehelseloven.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

Bente Mikkelsen
Administrerende direktør

Steinar Marthinsen
Viseadministrerende direktør

Vedlegg: Høringsuttalelser