

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 4

2303 Hamar

Økonomi og finans
Juridisk seksjon

Vår ref.:

Tove Strand

Deres ref.:

Eli Hansen

Saksbeh.:

Siri Lund/
Per Magnus Mæhle

Dato:

17.12.2010

Oppgis ved all henvendelse

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, ny Folkehelselov, samt innspill på utvalgte temaer til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Det vises til brev av 12.11.2010 vedrørende høringsnotat til ovennevnte lover.

Oslo universitetssykehus HF har følgende kommentarer, besvart ut fra foreslått inndeling i brevet fra Helse Sør-Øst RHF.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Ny kommunerolle, kap. 12

1. Anser helseforetaket at det er hensiktsmessig å avklare "gråsonene" mellom 1. og 2.linjetjenesten gjennom avtaler, eller burde lovforslaget gitt noe mer føringer til dette?

Ut fra et medisinsk perspektiv anses en lov som skal ha til hensikt å regulere gråsonen i forhold til ansvarsfordeling mellom 1. og 2. linje som strikt og lite hensiktsmessig. For å få til gode helhetlige pasientforløp, forutsetter dette en god dialog mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det vil alltid være pasienter i gråsonområdet, og de vil sannsynligvis i enda mindre grad bli fanget opp av systemet dersom det skal være et absolutt skille gitt i lovs form. Vi støtter forslaget om lovtekst som angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten. Lovforslaget kan imidlertid, slik vi ser det, skape usikkerhet om hvilke tjenester den enkelte pasient kan ha rettskrav på. Det forutsettes da at gråsonområdene defineres og reguleres i samarbeidsavtaler mellom forvaltningsnivåene. Vi ser at dette vil bli en stor utfordring for mange kommuner.

En lovmessig plikt for helseforetakene og kommunene til å inngå slike avtaler, kan på den annen side være problematisk. Vi har erfart at inngåelse av slike avtaler tar uforholdsmessig tid og ressurser, i tillegg til at det kompromisseres på selve utformingen for å oppnå enighet. Det kan gå på bekostning av tydelighet, med fare for eksempelvis ansvarspulverisering. Vi er usikre på om pasientene i landets kommuner vil få likeverdige tjenester. Retten til fritt sykehusvalg etter spesialisthelsetjenesten, må ikke innskrenkes. Det forutsettes, slik vi vurderer det, en tett oppfølging av de ulike avtaler, og det er også ressurskrevende. Forslaget innebærer at vi må inngå samarbeidsavtaler av et større omfang enn det vi hittil har erfaring med. Vi er bekymret for omfanget, og at det kan fort bli uoversiktlig og til dels utilgjengelig for helsepersonellet som skal etterleve og følge opp de ulike avtalene.

Vi vil videre fremheve at en rekke samhandlingstiltak ikke i første rekke er knyttet til behandlingsforløpet, men har karakter av integrerte tiltak. Det vil si at man samarbeider om en tjeneste som for pasienten fremstår som

èn og samme, men som er ”produsert” av kommunen og helseforetaket i fellesskap. Et eksempel på dette er ACT-team (aktivt oppsøkende behandlingsteam).

Det finnes en rekke slike tiltak, og de fremstår som moderne og fornuftige i lys av den ”gråsonen” som finnes mellom spesialisthelsetjenesteloven og kommunale tjenester.

Slike integrerte tiltak skaper imidlertid en rekke juridiske utfordringer. Og ettersom slike integrerte tiltak blir stadig flere og samtidig fremstår som fornuftige svar på ”gråsoneproblematikken”, kunne vi ønsket oss at man i anledning ny lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester i større grad tilrettela for den type samhandling.

Vi skal nedenfor kort nevne de ulike typer juridisk utfordringer man står overfor:

Det kan være umulig å for pasienten å vite om den tjenesten han mottar er den ene eller den andre. Og hvis han ikke får tjenesten, er dette da kommune eller helseforetaket som event. ikke har oppfylt sitt sørge for ansvar?

I forlengelsen av dette er det uklart hvilke saksbehandlingsregler som skal følges. Dette vil et stykke på vei avhjelpes gjennom forslaget om felles regler i pasientrettighetsloven.

Hvis pasienten vil klage vil den omstendighet at tjenesten fremstår som èn og samme gjøre det uklart hvem som er klageinstans og hvilke regler som gjelder for klage. Av hensyn til integrerte tiltak er det således å foretrekke èn og samme klageinstans, jf høringsnotatet punkt 26.5.8.

Hvis det oppstår en pasientskade vil det være uklart hvem som er ansvarlig.

For et effektivt arbeid er det behov for tilgang til journal på tvers, jf. Høring til forslag til forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre

For et effektivt arbeid ville det også vært ønskelig at forslaget om felles journal for formaliserte arbeidsfellesskap i ovennevnte høring kunne benyttes av slike integrerte samhandlingstiltak.

Til slutt oppstår spørsmålet om arbeidsgiverbeføyelser og instruksjonsmyndighet i slike tiltak.

Dette siste og visse andre problemer kan løses i avtaler mellom partene. Andre forhold – slik som tilgang på tvers – kan ikke løses i avtale.

Som nevnt kunne vi ønsket oss en nærmere vurdering av hvordan lovgivningen i større grad kunne erkjenne og tilrettelegge for samhandling av denne type, herunder om egne selskaper kunne vært aktuelt å åpne for, jf høringsnotatet punkt 25.6.4.

Dagens finansieringssystem støtter ikke opp under en klar fordeling av ansvar. Det har vært en begrensende faktor når det gjelder å oppnå enighet om utformingen av samarbeidsavtaler. Reformforslaget gir ennå ikke svar på hvordan finansieringsordningen vil bli utformet. Det er svært problematisk, og det er viktig å utforme et finansieringssystem som støtter opp under utviklingen av helhetlige og effektive pasientforløp.

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp – høringsnotatet kap 13 - lovforslaget § 3-5

2. Bør kommunene, etter helseforetakets vurdering, få en lovmessig plikt til å ha tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp? Hvordan bør i tilfelle denne plikten konkretiseres, og hvilke mulige økonomiske forutsetninger bør ligge til grunn for å sikre en god løsning?

Kommunen bør kunne få en plikt til å ha tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Slike opphold kan være i form av:

- **observasjonssenger på legevakt eller sykestue.** Slike senger kan brukes til å avvente/følge sykdomsutvikling, og observere oppstart av behandling hos pasienter som ikke vurderes som så syke at de må innlegges på sykehus. Oslo kommune har gjennom mange år god erfaring med slike observasjonssenger knyttet til Oslo kommunale legevakt. Legevakten har vært drevet i samarbeid med Oslo universitetssykehus (Ullevål sykehus), og begge parter har bidratt med ressurser.
- **akuttplasser på sykehjem.** Slike plasser kan brukes til eldre, hjelpetrengende pasienter som, på grunn av akutt sykdom, får et forbigående funksjonstap og/eller trenger behandling som ikke kan gis i hjemmet. Det er imidlertid viktig å presisere at diagnosen må være avklart, det må være en forutsetning at sykdommen ikke er så alvorlig at den krever sykehusinnleggelse. Akuttplassene kan også brukes til midlertidig plassering av eldre mennesker som trenger omsorg og ivaretagelse, uten selv å ha fått ny sykdom eller nytt funksjonstap. Det kan for eksempel være ved sykehusinnleggelse eller dødsfall for en ektefelle, der den gjenværende ektefellen har vært avhengig av hjelp fra den som har måttet forlate hjemmet. I slike tilfeller kan av og til sykehusinnleggelse være den eneste løsningen ved dagens organisering.

Forutsetninger for at et lovfestet ansvar skal ha tilsiktet virkning:

Primærlegen (fastlege, legevakt og andre), eller den som vurderer pasienten, må ha nødvendig kompetanse til å vurdere behovet, og fullmakt til å utløse den rette hjelpen uten unødig tidsspille eller byråkrati.

Etablering av et kommunalt tilbud må ikke bli til hinder for at pasienter som trenger akutt innleggelse på sykehus, blir innlagt.

Observasjonsenheten på legevakten må ha tilstrekkelige ressurser til å kunne gi forsvarlig diagnostikk, observasjon og behandling (f.eks. med tilgang til røntgen og lab-tjenester) gjerne i samarbeid med sykehus (som 1 ½ linjetjeneste). For små kommuner vil dette kreve samarbeid mellom flere.

Bruk av akuttplasser på sykehjem vil kreve nødvendig kompetanse og ressurser, både personellmessig og i form av lab-tjenester og behandlingstilbud, til observasjon og behandling av syke, eldre pasienter. Slike akuttplasser kan drives i et samarbeid mellom flere kommuner.

Vi mener det ikke er hensiktsmessig å pålegge kommunene og etablere andre behandlingsenheter med øyeblikkelig hjelp senger, ut over det som er nevnt over.

En lovfestet plikt til å ha akutt-senger, kan bli vanskelig å innfri for små kommuner. Det er mulig at kommunene må forpliktes til å samarbeide med andre kommuner om hensiktsmessige løsninger.

Organisering av det avtalebaserte samarbeidet mellom kommuner og foretak, kap. 25.6.3 og 25.6.4

3.1. Det bes om at helseforetaket benytter sine erfaringer med organisering av ulike samhandlingstiltak, for eksempel 1 ½ - linjetjeneste, og gir innspill til hvilke behov det er for å organisere samarbeidet ved etablering av nye institusjonelle løsninger. Hva har vært spesielt utfordrende med de tiltakene som er etablert?

Oslo universitetssykehus (Ullevål sykehus) og Oslo kommune har gjennom flere år hatt et godt samarbeid med Oslo kommunale legevakt. Kommunen har driftet allmennlegevakt med sykebesøksordning, observasjonsenhet, sosial vaktjeneste, ruslegevakt og overgrepsmottak. Sykehuset har driftet skadelegevakt,

røntgentjeneste, samt en psykiatrisk legevakt.

Den organisatoriske modellen har fungert godt som en storbylegevakt, og er et eksempel på mangeårig samarbeid definert som 1 ½ - linjetjeneste. Oslo universitetssykehus er for tiden i dialog med Oslo kommune om videre utvikling og fremtidig plassering av legevakten. Erfaringene har overføringsverdi, særlig for andre større byer. I andre områder av landet må et liknende tilbud eventuelt utvikles i samarbeid mellom flere kommuner som sogner til samme sykehus.

Videre har samarbeidet med Oslo kommune bestått i at Oslo universitetssykehus i mange år har hatt jordmødre som jobber deltid på sykehuset og deltid med svangerskapsomsorg på helsestasjonene i bydelene. Jordmødrene samarbeider også med fastlegene i svangerskapsomsorgen. Dette bidrar til felles kompetanseutvikling og god relasjon mellom helsestasjoner/bydelshelsetjeneste og sykehuset.

Utvikling av ACT team (aktivt oppsøkende behandlingsteam) innen rusbehandling, er et annet eksempel på god samhandling med felles ressurs - innsats mellom Oslo universitetssykehus og kommunehelsetjenesten.

Andre eksempler på områder hvor sykehus og kommune bidrar med ressurser

Ambulant team i palliasjon: Et team fra sykehuset rykker ut til pasientens hjem eller til sykehjem, møter kommunens helsepersonell og bistår i behandling og palliasjon.

Sykehuset og kommunen har også samarbeidet om utvikling av intermediær enhet i Oslo: Kommunen drifter sykehjemssengene. Sykehuset bidrar med geriatrikks legeressurs og partene har i fellesskap utviklet kriterier for hvilke pasienter som skal være målgruppe. Prosjektet vil nå bli evaluert.

Prosjekter under utvikling:

Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre.

Prosjektet er initiert fra Oslo universitetssykehus. Det er et samhandlingsprosjekt mellom sykehuset, Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune og 3 bydeler i Oslo. Prosjektet omfatter også fastlegene i deltagende bydeler. Hensikten er å lage modeller for gode pasientforløp for eldre pasienter med akutt og subakutt funksjonssvikt, fra symptom oppstår i pasientens hjem, til diagnostikk og behandling hos fastlege og/eller på sykehus er igangsatt og situasjonen er under kontroll. Prosjektet er tildelt midler fra Oslo kommune og Oslo universitetssykehus. Vi har mottatt prosjektmidler fra Helse Sør-Øst. Det er videre laget et eget delprosjekt for forskning og dokumentasjon. Et fremtidig geriatrikks ressurscenter i Oslo vil kunne dra nytte av dette prosjektet i sitt utviklingsarbeid. Et slikt ressurscenter er nå under utredning i et tett samarbeid mellom Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo.

Evalueringsprosjekt på intermediær sykehjemsenhet

Prosjektet utgår fra Oslo universitetssykehus. Prosjektet er tildelt midler og skal starte opp i februar 2011.

Ambulerende sårteam

Prosjektet utgår fra Oslo universitetssykehus og er under utvikling som et forsknings- og samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og Sykehjemsetaten i Oslo. Hensikt er å bedre kvalitet i diagnostikk og behandling av kroniske sår hos sykehjemspasienter, gjennom direkte behandling, men også opplæring av ansatte i hjemmesykepleien, samt begrense unødig pasienttransport og bedre forløpene for målgruppen.

Forskningsprosjekt på trykksår hos pasienter med hoftebrudd

Prosjektet utgår fra Oslo universitetssykehus og er under utvikling som et forsknings- og samhandlingsprosjekt mellom sykehus, utvalgte bydeler og Sykehjemsetaten i Oslo. Hensikten er å forebygge og sikre best mulig behandling av trykksår for målgruppen.

Krav til samarbeidsavtalenes innhold, kap. 25.6.5

3.2. Er de foreslåtte minimumskrav tilstrekkelig? Har helseforetaket innspill til eventuelle andre krav som bør stilles?

Samarbeidsavtalenes formål er å klargjøre ansvarsfordelingen mellom ulike forvaltningsnivåer /tjenester. Pasientens behov må være styrende for samarbeidet. Kvalitet i pasientbehandlingen på tvers av forvaltningsnivåene søkes oppnådd blant annet gjennom etablering av helhetlige pasientforløp, slik at den enkelte pasient tilbys et koordinert og tilpasset tjenestetilbud.

Lovfestet minimumskrav til innhold i samarbeidsavtaler, vil være et bidrag til å sikre gjennomføring av samhandlingsreformen. Dette åpner samtidig for at de enkelte kommuner/virksomheter og sykehus får mulighet til å utforme avtaler som er tilpasset ulike helsemessige utfordringer. Oslo har som storby helt andre utfordringer enn små kommuner i utkantstrøk. Storbyutfordringene er særskilt knyttet til mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser, samt tilbud tilpasset minoritetsbefolkningens situasjon.

En avtaleperiode på fire år synes hensiktsmessig, dersom man samtidig gis adgang til å si opp avtalene med ett års frist. En tidsbegrensing frarådes, dersom avtalene skal bli et aktivt verktøy for forbedringsarbeid som er intensjonen.

For øvrig bør det stilles krav om at alle samarbeidsavtaler skal baseres på likeverdighet mellom partene og at de omfatter så vel somatikk som psykisk helse og rusavhengighet.

Det må videre komme tydelig frem at samarbeidsavtalene skal sikre pasientenes rett til likeverdig behandlingstilbud. Det forutsettes ekstra innsats overfor enkelte grupper for å sikre likeverdig tilgang til tjenestene. Det kan også forutsette ulike tiltak som tolketjeneste og annen tilrettelegging for eksempel gjennom Lærings- og mestringstilbud.

Rett til tolketjeneste for pasienter som ikke behersker norsk, bør lovfestes. Det vil sikre helsepersonell mulighet for dialog med pasienten som muliggjør et best mulig behandlingstilbud.

Krav om gjensidig informasjonsplikt må komme klart frem. Partene må forpliktes til å iverksette tiltak for å spre kunnskap om hverandres tjenester. Krav om at pasientadministrative rutiner mellom partene må bygge på elektronisk meldingsutveksling, utnyttes fullt ut der dette er mulig.

Håndtering av tvister etter avtaleinngåelse kan være en utfordring. Her bør det skilles mellom forhold som gjelder enkeltpasienter og andre forhold. Oslo universitetssykehus har god erfaring med den tvisteløsningsavtalen som har vært mellom sykehus og kommunen ved uenighet om ansvar for oppfølging av enkeltpasienter.

Departementets forslag om meklingsordning er viktig. Slik vi ser det, vil evt. voldgift være mindre hensiktsmessig. Uenighet om samarbeid innenfor helsetjenesten er, ikke en egnet sak for en voldgiftsdomstol.

Når det gjelder *tvist* om utskrivningsklare pasienter, mener vi den beste løsningen er at det avgjør spesialisthelsetjenesten. Pasienten er utskrivningsklar når det er medisinsk forsvarlig å skrive ut pasienten. Vi foreslår at dette tas inn i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

I samarbeidsavtalene har man egne bestemmelser om samhandlingsorgan på ulike nivå. I slike fora behandler man søknad om kommunal plass for pasienter, hvordan tilrettelegge osv. I denne prosessen fratas slik vi ser det pasienten grunnleggende prosessuelle rettigheter. Det bør det tas høyde for når det skal utarbeides egen

mal for samarbeidsavtaler.

Det at helsedirektoratet inntar en meklingsrolle overfor de parter som ikke har klart å inngå samarbeidsavtaler innen fristen, er positivt.

Kommunal medfinansiering, kap. 30

4. Har helseforetaket innspill til den videre prosessen med utredning av kommunal medfinansiering? Er det spesielle forhold som kan skape en uforholdsmessig økonomisk risiko?

De mange uklarheter som knyttes til finansieringsordningen, er bekymringsfullt. Kommunal medfinansiering vil være problematisk. Vi mener samarbeid skal baseres på etikk og faglig forsvarlighet (Eks aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år vurderes som problematisk, diskriminerende og etisk betenkelig. Finansieringsordningen kan bidra til uheldige og uforsvarlige løsninger. Kommunen vil tilstrebe å yte tjeneste etter LEON-prinsippet, og redusere omfanget av sykehusinnleggelser. Det kan imidlertid komme i konflikt med pasientens rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. *Øyeblikkelig hjelp tilfellene og pasienter med rett til nødvendig helsehjelp etter spesialisthelsetjenesteloven utgjør ca 90 % av alle sykehusinnleggelser. De har rettskrav på helsehjelp når lovens vilkår er oppfylt. Disse pasientrettighetene kan ikke innskrenkes ved bremsemekanisme fra kommunenes side. (Asbjørn Kjørstad, Tidsskrift for velferdsordning nr 4 2009 s. 278).*

Utskrivningsklare pasienter, kap. 31

5. Støtter helseforetaket forslaget om innføring av kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en? Hvordan bør dette ansvaret reguleres? Hvilke elementer er det nødvendig at reguleres i forskrift? Er det spesielle forhold som kan skape uforholdsmessig økonomisk risiko?

Vi slutter oss til forslaget om kommunalt ansvar for pasienter fra dag en. Kommunen må betale fra dag en. Satsen må kunne være av en viss størrelse, slik at det kan legges press på kommunen. Det må utgjøre en økonomisk forskjell for kommunen om pasienten blir liggende på vent i sykehuset, eller om kommunen mottar pasienten den dagen pasienten er utskrivningsklar. For sykehuset er det viktig at utskrivningsklare pasienter ikke opptar sengeplass i spesialisthelsetjenesten.

Varslingsfristen bør være vesentlig kortere enn 10 dagers fristen i gjeldende forskrift. I dag har helseforetakets samarbeidsavtaler med kommunen et punkt om varsling. Det er innarbeidet rutiner spesielt for pasienter med sammensatte problem, som har behov for omfattende oppfølging fra kommunens side. Helseforetaket tar i slike tilfeller tidlig kontakt med kommunen slik at de kan forberede/tilrettelegge for oppfølging fra kommunens side.

Det er viktig å merke seg at for hvert tilfelle, må det inngås avtale som omfatter så vel faglig som økonomisk ansvarsfordeling innen en tidsmessig ramme. Det ville bidratt positivt hvis det ble utformet finansieringsordninger som stimulerte til bruk av ambulante team. Det kunne være team bestående av fagansvarlige fra begge nivåer.

Lovendring som understøtter elektronisk samhandling, kap. 32

6. Støtter helseforetaket disse forslagene, og er det etter deres vurdering behov for ytterligere endringer for å understøtte elektronisk samhandling?

Oslo universitetssykehus støtter tiltak for å gi helsepersonell nødvendig tilgang til helseopplysninger. I den sammenheng er det viktig at pasientsikkerhetshensynet går foran personvernens hensynet dersom ivaretagelsen av det siste skaper hindre for tilgang til helseopplysninger. Personvernens hensynet må tre inn med full tyngde først når det er teknologisk mulig å kombinere pasientsikkerhet og personvern.

Oslo universitetssykehus vil også henvise til konseptet "Min journal" der pasienten sikrer fortløpende tilgang til sin journal og også mulighet til å gi tilgang til for eksempel sin fastlege. Min journal åpner for kommunikasjon mellom pasient og sykehus.

Oslo universitetssykehus støtter en sterkere nasjonal styring, eller helst en sterkere nasjonal samordning for å få til elektronisk samhandling. Helsetjenestene i Norge har et alt for stort antall elektroniske systemer med ulike teknologiske plattformer. Konsekvensene forsettes kjent fra mange utredninger på området IKT og helse.

Et hinder for større teknologisk samordning har vært redselen for monopolisering i leverandørmarkedet og troen på konkurranse. Hvis styring betyr å fortsatt hindre monopolisering og teknologisk enhetlighet tror vi det blir vanskeligere og dyrere å oppnå effektiv og sikker bruk av IKT i helsetjenestene. Viktige mål som pasientsikkerhet, effektivitet og personvern kan da bli vanskeligere å oppnå.

Individuell plan- koordinator, kap. 22 og 23

7. Har helseforetaket innspill til at hovedansvaret for individuell plan plasseres hos kommunen, og at helsepersonell får en individuell plikt til å melde fra om behov for individuell plan?

Oslo universitetssykehus støtter forslaget. I enkelte tilfeller ser vi behov for at spesialisthelsetjenesten bidrar aktivt med utforming av individuell plan, dvs. får ansvaret for den eller del-ansvaret for den. Det vil gjelde for pasienter med kompliserte medisinske tilstander. Dette bør klart komme frem av lovteksten eller alternativt at unntaket avtalereguleres.

Har helseforetaket synspunkter på endringene når det gjelder koordinerende enhet og pasientansvarlig koordinator?

Oslo universitetssykehus støtter forslaget om å erstatte kravet om pasientansvarlig lege med et krav om pasientansvarlig koordinator. Hva som ligger i begrepet profesjonsnøytral, tolker vi slik at personens profesjon kan velges ut fra hva som er det viktigste koordinasjonsbehovet, for eksempel ren logistikk, komplisert pleie eller medisinsk faglig samordning. Dette vil bety at koordinator kan være en lege eller en sykepleier eller en annen helsearbeider avhengig av hva som er mest hensiktsmessig for pasienten.

Det forutsettes at koordinatoren har nødvendig myndighet til å innkalle team av medisinsk faglig personell og annet helse faglig støttepersonell, til samarbeid om pasienten. En slik ordning forutsetter forankring i ledelsen. Det bør videre stilles krav om interne retningslinjer for samarbeidet med koordinatoren.

I lovforslaget §§ 2-5 ,2-5a bør det komme fram tydelig at, individuell plan og pasientkoordinator utløses når pasienten har behov for "komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Pasientforløp i spesialisthelsetjenesten – behov for lovendringer, kap. 38

8. Mener helseforetaket at departementet bør gå videre med disse forslagene?

Dagens regelverk gir spesialisthelsetjenesten som hovedregel 30 virkedagers vurderingsfrist, og i høringsnotatet stilles det spørsmål om dette er hensiktsmessig. Ut fra et medisinsk perspektiv er det ikke nødvendig med 30 dager. 30 dager kan medføre en unødvendig venteperiode for pasientene. Vurderingsfristen kan settes til 10 virkedager. Dette vil gi et bedre tilbud til pasientene og gi mer effektiv drift.

Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven om tildeling av avtalehjemler til lege – og psykologspesialist

9. Er det etter helseforetakets mening behov for forskriftsregulering av saksbehandlingen ved tildeling av avtalehjemler til lege – og psykologspesialist?

Slik vi vurderer det, er det ikke behov for å forskriftsregulere kriteriene for tildeling av avtalehjemler. De sentrale momentene i vurdering av søkerne, vil fortsatt være utdanning, praksis og personlig egnethet. Vi kan ikke se at en forskriftsregulering vil kunne bidra til mer likebehandling. Selv om tildeling av avtalehjemmel ikke er en ansettelse, har partene i rammeavtalen blitt enige om at tildelingen likevel bygger på samme vurdering som ved en ordinær ansettelse. Ansettelse i arbeidsforhold er ikke forskriftsregulert. Det er et ulovsfestet prinsipp at "under ellers like forhold", vil vurderingen av personlig egnethet ha avgjørende vekt.

Det forsettes at søkerens rettsvern ivaretas av representant fra Norsk psykologforening og Den norske legeforening, som deltar i tildelingsprosessen.

Oslo har landets høyeste antall private legespesialister. Spesialistene har ikke hatt tradisjon for formalisert samarbeid, verken med sykehusene eller med primærhelsetjenesten. Det har imidlertid vært en positiv utvikling som bør følges og understøttes av sentrale helsemyndigheter.

Gjennom samarbeid mellom Oslo universitetssykehus (v/DPS'ene), Legeforeningen og avtalespesialistene innen psykiatri og psykologi er det dannet clustere:

Det vil si at en definert gruppe av avtalespesialister inngår i et nettverk med et visst antall fastlegekontor innenfor et DPS - område. Det er for eksempel i området for Josefinegaten DPS dannet to slike clustere. Hensikten er å knytte samarbeidsrelasjoner innenfor disse clustrene. Målet er mer effektiv pasientbehandling, kompetansefremmende tiltak og bedre samarbeid, samt en mer hensiktsmessig bruk av DPS'et og sykehusets tjenester.

Modellen bør følges med evaluering. Dersom den er vellykket, kan den prøves ut innen fagområder med mange avtalespesialister, som for eksempel øye, ØNH og gynekologi.

Flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, kap. 38

10. Støtter helseforetaket dette endringsforslaget?

Oslo universitetssykehus støtter ikke forslaget om å flytte meldeordningen fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Vi støtter heller ikke vesentlige deler av det fremlagte faktagrunnlaget og vurderingene i høringsdokumentet. Vi mener videre at dette er en stor og kompetansekrevene omlegging som kan innebære at kvaliteten på det nasjonale pasientsikkerhetsarbeidet settes i fare og at det påfører helsevirksomhetene administrativt merarbeid.

Oslo universitetssykehus sier seg i hovedsak enig i vurderingene Statens Helsetilsyn anfører i sitt høringssvar.

Vi stiller oss uforstående til forslaget om at Kunnskapssenteret skal motta direkte informasjon om konkrete hendelser i helsetjenestene, analysere disse på helsetjenestenes vegne og foreslå treffsikre tiltak uten at Helsetjenestenes egen kompetanse og ledelse er involvert.

Vi er derimot enige i høringsdokumentets vurdering at dagens meldeordning ikke i tilstrekkelig grad sikrer spredning av erfaringskunnskap lateralt i helsetjenestene. Vi mener videre at Helsetilsynets innsats på dette feltet er utilstrekkelig og at det bør etableres bedre nasjonale ordninger for dette formålet. Kunnskapssenteret er en naturlig aktør. For å oppnå lateral læring finnes også andre strategier og virkemidler som helsevirksomhetene kan ta ansvar for selv. Vi viser her til våre kommentarer på tema samhandlingsavvik under kapittel 6 i høringsbrevet fra HSØ. Flere tiltak på dette feltet er under utvikling i Oslo universitetssykehus som en del av pasientsikkerhets- og samhandlingsarbeidet.

Vi mener at denne årsaken til lav meldeaktivitet er overvurdert og at frykt for kollegers, pasientenes, ledernes og omverdens – medias - reaksjoner, samt egen skyldfølelse er minst like viktige. Selv med en non-punitiv meldeordning kan aversjonen mot å melde være betydelig.

Viktigste begrunnelse for å endre meldeordningen er å redusere helsepersonellets frykt for å si fra om uønskede hendelser som følge av risiko for administrative eller juridiske sanksjoner. Ved Oslo universitetssykehus vil vi i 2011 registrere mer enn 5000 uønskede nominative pasienthendelser, i tillegg påvisning av risikoforhold knyttet til pasientbehandlingen, og meldeaktiviteten har vært økende gjennom året. Vi erfarer at faktorer som ledernes engasjement, ikke minst fra toppledelsen sin side, involvering av medarbeiderne i analysearbeidet og iverksetting av tiltak øker våre medarbeideres tro på at det å melde har en hensikt og er viktig for å skape et bedre sykehus. Vi mener videre at ledelse, kultur, etikk, involvering og arbeidsmiljø betyr svært mye for personalets meldeaktivitet. Dessuten vil en mer systematisk bruk av klage- og erstatningssaker, direkte pasienttilbakemeldinger for eksempel via Min Journal og bruk av GTT avdekke ikke-meldte hendelser og dermed brudd på intern meldeplikt.

Det er også mange eksempler fra andre sykehus på at meldeordninger som er koblet opp mot et sanksjonssystem også kan fungere godt. Ved Sahlgrenska Sjukhuset i Gøteborg ble det i 2009 registrert 12900 pasienthendelser og i Østergötlands Landsting 12900 hendelser i 2009. Her er meldeaktiviteten stor til tross for at meldinger blir vurdert i henhold til Lex Maria - lovgivningen og eventuelt meldes videre til Helse og Sosialvårdens Ansvarsnemd (HSAN).

Oslo universitetssykehus mener, på grunnlag av slike erfaringer, at det er fullt mulig å etablere god meldeaktivitet selv om meldeordningen er knyttet opp til et sanksjonssystem. Vi betviler holdbarheten av en ofte sitert påstand om at gode verktøy for avviksarbeid må være non-punitive. Men forutsetningen er at sanksjonssystemet praktiseres på en slik måte at det ikke oppfattes som et straffesystem for enkeltpersoner. Til tross for uheldige saker fra tid til annen mener vi at den tilsynspraksis Helsetilsynet i dag utøver lar seg forene med å oppnå god registreringsaktivitet i sykehusene.

Vi mener derfor at det viktigste argumentet for å endre på dagens ordning faller bort.

Vi tror heller ikke at Kunnskapssenteret med de ressurser som er antydnet er i stand til å håndtere det saksvolumet det her kan bli snakk om. I Oslo universitetssykehus har vi 11 kvalitetsutvalg som tar imot og behandler hendelser og forhold i pasientvirksomheten. Til tross for at svært mange medarbeidere er involvert i dette arbeidet er kapasiteten sprenget og saker må prioriteres. Pr. i dag er det krevende å overholde saksbehandlingsfristene. Grundig og kompetent saksbehandling der berørte får delta er avgjørende for tillit mellom helsepersonellet og analytikere.

Endelig er vi i tvil om Kunnskapssenteret har tilstrekkelig kompetanse og samarbeidsflater mot helsetjenestene til å gjøre kvalifiserte vurderinger av årsaker og tiltak. Kompetanse på pasientsikkerhet er en integrert del av

hele det helsefaglige kompetansefeltet, som bare kan eksistere og videreutvikles der det faktisk foregår pasientaktivitet. Her er det ingen forskjell i forhold til andre helsefag.

Oslo universitetssykehus har i dag et godt samarbeid med lokalt helsetilsyn. Men vår erfaring er at det er relativt sjelden at Helsetilsynets gjennomgang bringer noen merverdi av betydning i de saker vi oversender. Helsetilsynet understøtter vår internkontroll ved å overvåke plikten til at internkontroll utøves og som en del av dette meldeplikten. Men Helsetilsynet har etter vår erfaring begrenset kompetanse på pasientsikkerhetsarbeidet som de kan formidle tilbake. Kunnskapssenteret vil på samme måte som Helsetilsynet ha vanskeligheter med å opparbeide kompetanse på sikkerhet i pasientbehandlingen uten å være ute i virksomhetene der pasientaktiviteten foregår. Det er jo derfor helsesektoren og andre sektorer er lovpålagt internkontroll, som baserer seg på at virksomheten selv er og skal være mer kompetente på egne sikkerhetsutfordringer enn tilsyns- og fagmyndigheter. Men vi mener at Helsetilsynets rolle som tilsynsmyndighet er viktig, og at fravær av en slik rolle like gjerne kunne redusere i en svakere meldeaktivitet i Helsetjenestene.

I [sluttrapporten](#) fra Helse- og omsorgsdepartementets arbeidsgruppe om anbefalinger om framtidig meldesystem, St. prp. nr. 1 (2005-2006) heter det i: "Et nasjonalt senter for pasientsikkerhet må basere sin virksomhet på data fra eksisterende meldeordninger." Dette er så langt vi erfarer ikke gjennomført. Vi mener at Kunnskapssenteret bør gis adgang til nødvendige data for det formål å utvikle læringsinformasjon og aggregerte data fra eksisterende systemer.

Hvis det er formelle hindre for dette foreslår vi at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret gis det nødvendige hjemmelsgrunnlaget til å innhente slik informasjon. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet bør videre oppsøke tettere pasientsikkerhetsfaglig samarbeid med helseforetakene og bidra i fagutvikling og opplæring av lokal analysekompetanse.

Den ideelle løsning for håndtering av avvik i Helsesektoren ville etter Oslo universitetssykehus være å basere seg på at

- sikkerhetskompetansen skal ligge i virksomhetene i så stor grad som mulig, understøttet av for eksempel Kunnskapssenterets forskning og oversikt over fagfeltet, men at store aktører bør tillegges et nasjonalt ansvar for kompetanse og erfaringsinnhenting
- tilsynet skal sørge for at internkontroll utøves og at virksomheter og helsearbeidere forholder seg til rammeverket
- det etableres en sentral uavhengig nasjonal havarikommisjon frikoblet fra tilsyn og styringslinjen i helsetjenestene som trer inn i særlig krevende og sammensatte saker. Flere saker de senere år illustrerer nødvendigheten av grundige og uavhengige prosesser i vanskelige saker.

Vi mener at gode IKT-verktøy er helt sentralt for å få dette til å fungere og at tiden derfor ikke er inne nå til å gjøre de store grepene i forhold til endring av meldeordninger.

Oppsummering

1. Viktigst argument for å flytte og endre meldeordningen i Spesialisthelsetjenestens § 3-3 er etter Oslo universitetssykehus vurdering ikke begrunnet
2. Det faglige grunnlaget for øvrig er mangelfullt.
3. Det hefter stor usikkerhet og risiko knyttet til omleggingen med hensyn til saksbehandlingskapasitet og kompetanse i Kunnskapssenteret og nedbygging av tilvarende hos Fylkesmennene.
4. Vi mener at det nasjonale pasientsikkerhetsarbeidet må fortsette i regi av helsevirksomhetene og at det må tas utgangspunkt i at det er her kompetansen har forutsetninger for å utvikles på dette området.

5. Men vi mener at dagens meldeordning bør forbedres for å bedre sikre ønskede mål med ordningen, for eksempel ved at meldeordningen gjøres elektronisk, at meldeskjema utformes for helsevirksomhetenes og ikke Helsetilsynets behov.
6. Vi mener at Kunnskapssenteret må settes bedre i stand til å være en sentral aktør i det nasjonale pasientsikkerhetsarbeidet og at eventuelle formelle hindere for dette elimineres.
7. Man bør vurdere opprettelse av en nasjonal uavhengig havarikommisjon for kompliserte og alvorlige forhold i helsetjenestene på modell fra Statens havarikommisjon for transport

Krav til systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid i kommune og spesialisthelsetjenesten, kap. 19

11. Støtter helseforetakene disse endringsforslagene?

Oslo universitetssykehus støtter forslaget om "prosesskrav" i spesialisthelsetjenesteloven og ny kommunal helse- og omsorgslov.

Oslo universitetssykehus støtter endringen i spesialisthelsetjenestelovens §2-2, men vil peke på at et bokstavpunkt om systemkrav kunne være på sin plass sammen med personell- og pasientperspektivet.

Oslo universitetssykehus støtter kravet om større frihet i forhold til organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i forhold til dagens § 3-4.

Videre kommentarer:

1. Økt frihet må ikke føre til at dette arbeidet nedprioriteres i virksomhetene. Til tross for lovkravet om kvalitetsutvalg i § 3-4 har erfaringen vist en svært ujevn og noen ganger mangelfull praktisering i spesialisthelsetjenesten. Det bør derfor, som foreslått, være et krav om dokumentasjon av det overordnede kvalitetsarbeidet, enten det skjer i form av utvalg eller dedikerte staber eller kompetansefunksjoner i virksomheten, som er mer vanlig i andre land.
2. Innenfor HMS – området er det også krav om forsvarlighet og sikkerhet i lovgivningen. Et element i sikringen er ofte krav om å knytte til seg sikkerhetsfaglig kompetanse, for eksempel på strålevernsiden, når det gjelder arbeidsmiljø og innenfor hygiene i sykehus. På området pasientsikkerhet burde det være tilsvarende. Hvis man sammenlikner med for eksempel arbeidsmiljøområdet er det der et krav om faglighet (å ha verne- og helse-personell i virksomheten), partsrelasjon (arbeidsmiljøutvalg) og sikkerhets-ombudssystemer (krav om verneombud og vernerutiner). På området pasientsikkerhet kunne man tenke seg tilsvarende, dvs. å ha et krav om pasientsikkerhetsfaglig kompetanse, og kanskje finne løsninger som gir mulighet for ombudsliknende ordninger av egne medarbeidere. I dag ligger ombudene utenfor helsetjenestene, noe som reduserer ombudenes mulighet for innsikt i det virksomhetene ombudsfunksjonen skal fungere for.
3. Et annet poeng går på rolletildelingen til personer med særskilte pasientsikkerhetsfaglige oppgaver. I USA er det ikke uvanlig i de store sykehusene og ha en funksjon som heter Patient Safety Officer, som ofte er en eller flere medarbeidere med en fri rolle i forhold til linjeorganisasjon i sykehuset og som rapporterer til CEO og med fullmakter til å kontakte Styret og noen ganger forsikringsinstitusjoner og forvaltningsmyndigheter utenfor sykehuset. Dette er en ordning som likner på hvordan vi i Norge har organisert oss på arbeidsmiljøområdet. En slik ordning vil kanskje sikre et press mot praksis både faglig og strategisk som man kan sakne i norsk helsetjeneste.

Kommentar til pasientrettighetslovens klagerregler: kap. 7 i pasientrettighetsloven

Det er foreslått innføring av nye klagerregler, Anmodningsrunden foreslås avvirket. Vi mener anmodningsrunden bør opprettholdes. Denne ivaretar hensynet til pasientsikkerhet, pasienten må kunne ta opp forhold direkte med helsepersonell, som på sin side bør ha mulighet for å etterkomme pasientens behov, før det sendes en formell klage til Helsetilsynet i fylket. Anmodningsrunden kan løse konflikt på lavest mulig nivå og gjør det enklere for pasientene, dvs. mindre byråkratisk.

Kommentarer til høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015)

Med utgangspunkt i notatet "Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle" har Oslo universitetssykehus utarbeidet noen kommentarer til innholdet i ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Høringsgrunnlaget har en rekke viktige poeng i forhold til utvikling av helsetjenester i Norge. For Oslo universitetssykehus er det viktig å framheve følgende poeng:

1. Satsing på utvikling av primærhelsetjenester

Erkjennelse av at målene som settes, forutsetter en kraftig oppbygging av kompetanse i primærhelsetjenesten, er tilstede. Men det mangler en erkjennelse av at dette vil kreve en betydelig innsats fra spesialisthelsetjenesten ikke minst i en relativt lang overgangsperiode. Det er en type aktivitet som i dag knapt er finansiert og som det må lages finansieringssystemer for.

Forsterking av primærhelsetjenesten bør kunne dempe trykket mot spesialisthelsetjenesten, men erfaringer viser at det i en del tilfeller øker trykket på sykehus og spesialister. Flere syke blir oppdaget tidligere og forståelse av hva spesialister kan bidra med øker. Dette er en problemstilling som knapt er omtalt.

Det er bra med forskning som skal engasjere og omfatte primærhelsetjenesten, men her er utfordringen mangel på forskningskompetanse i primærhelsetjenesten. Oppbygging av forskningskompetansen vil kreve et krafttak fra spesialisthelsetjenesten – som igjen krever ressurser.

Det er svært tilfredsstillende at det blir satt søkelys på tilgjengelighet av fagfolk i primærhelsetjenesten. Økt døgn- og uke-tilgjengelighet her er en viktig forutsetning for å styrke primærhelsetjenestens rolle i forhold til sykehus. Pasienten legges inn f.eks. akutt fordi legesenter er stengt og sykehjemslegen ikke kontaktbar (manglende vaktordning).

2. Samhandling

Utfordringene i tilknytning til samhandling framover vil på mange måter ligge i grensesnitt og overganger mellom nivåer. Det er nok en forståelse som er tilstede også i høringsgrunnlaget, men fortsatt blir hovedfokus innen det andre sektor/nivå. Det kunne vært et enda sterkere fokus på betydning av tiltak og ikke minst innovasjon i forhold til ordninger som ivaretar kontinuitet i behandling og pasientsikkerhet i den kritiske overgangen mellom nivåene. Krav om avtaler og planer for å sikre pasientforløp på tvers av nivåer, kan være et virkemiddel. Men det er også en fare at det skjer en negativ form for byråkratisering av samhandlingen. Avtaler og plandokument må suppleres med premiering av lederatferds som fremmer engasjement ut over egen ansvarslinje, økonomiske virkemidler som gir vinn-vinn tenkning og aktiv stimulering av utviklingsarbeid for å finne løsninger som sikrer gode samhandlingsløsninger.

3. Arbeidsdeling mellom nivåer i spesialisthelsetjenesten

Sentralisering og desentralisering av helsetjenester er et viktig tema i høringsgrunnlaget. Det bør framheves enda sterkere at hva som skal skje noen få steder og hva som kan skje mange steder av diagnostisering og behandling hele tida vil være under endring, og en stor utfordring framover vil være å få til en tilstrekkelig

dynamisk styring av dette. Vi mener høringsgrunnlaget vurderer feil når en sier at det er utredning og behandling av sjeldent forekommende sykdommer som skal sentraliseres, mens hyppig forekommende sykdommer skal desentraliseres. Dette er ikke en fullgod beskrivelse av det som nå er utviklingstrekkene. Det skjer en sentralisering av deler av pasientforløpet, utredning og akutt behandling, i hyppig forekommende sykdommer som kreft, hjerneslag og hjerteinfarkt. Seinere i pasientforløpet kan oppfølgende behandling og rehabilitering med fordel skje mer desentralisert. Det som avgjør hvor sentralisert en utredning eller behandling bør foregå er altså ikke om sykdommen er sjelden, men om utredning og behandling krever et team av spesialiserte fagfolk på høyt nivå og kostbart, kompetansekrevende utstyr.

Generelt sett er utvikling kvalitet knyttet til konsentrasjon av behandlingssteder, dvs lands-, regions- og flerområdefunksjoner et tema som knapt er behandlet i høringsgrunnlaget. Det bidrar til å usynliggjøre denne problematikken på en uheldig måte i forhold til å få på plass en god forståelse av den viktige rollen denne typen sykehus vil ha også i framtidens pasientforløp. Ikke minst er etableringen av Oslo universitetssykehus et uttrykk for det. Ikke minst bør utviklingen av tilgangen til tilbudene i disse sykehusene være en viktig del av problematikken om likeverdig rett til helsetjenester.

Internasjonal arbeidsdeling vil være et tema som kommer sterkere på dagsorden i åra framover. Det er positivt at dette tydelig er erkjent i høringsgrunnlaget. Det bør understrekes at nasjonalt førende kliniske fagmiljø bør spille en sentral rolle i utviklingen av slik internasjonal arbeidsdeling.

4. Utvikling av etterspørsel etter helsetjenester

Høringsgrunnlaget gir på en bra måte oversikt over viktige endringer i sykdomsbildet, men det er neppe tilfredsstillende å forklare disse endringene i hovedsak ut fra endringer i levevaner. Like viktig er trolig at bedre levekår og medisinske fremskritt fører til at vi i langt større grad en tidligere overlever sykdommer og ulykker en tidligere døde av. Det betyr at høy forekomst av kroniske ikke-smittsomme sykdommer trolig må forventes å bli en varig tilstand også om vi klarer å redusere flere helseledende trekk ved levevanene våre. Dette er viktig i forhold til ikke å ha overdrevne forventninger om f.eks. redusert behov for helsehjelp gjennom aktivt forebyggende arbeid.

Høringsgrunnlaget mangler en erkjennelse av klart ulike utfordringer for helsetjenesten i ulike deler av landet. Spesielt er beskrivelse av særskilte utfordringer i Hovedstadsområdet helt fraværende (ca 1/3 av landets innbyggere). Det bør gå tydelig fram at hovedstadsområdet krever spesiell satsing for å sikre et likeverdig helsetilbud på alle nivåer. Gjennom denne satsingen kan det hentes erfaringer som kan være nyttig læring som kan deles med landet for øvrig.

Endringer i bosetningsmønsteret burde vært omtalt i tilknytning til likeverdig rett til helsetjenester. SSBs prognoser gir bud om en svært ujevn befolkningsutvikling i Norge i åra framover. Utvikling av struktur og ressursbruk i helsevesenet må tilrettelegges slik i tide at ikke de som bor i områder med sterk befolkningsvekst i realiteten får et svakere helsetilbud enn de som bor i andre områder. Dette bør få konsekvenser for prioritering av investeringsmidler.

5. Kunnskapsgrunnlag for gode helsetjenester

Det er viktig at departementet løfter fram spørsmålet om å gi faglig kvalitet større oppmerksomhet i alle ledd av helsetjenestene. Det legges i denne forbindelse vekt på at praksisnær kunnskap får et solid vitenskaplig fundament. Her savnes en tydeligere poengtering av universitetssykehusenes særskilte rolle som kunnskapsutvikler, og med ansvar for kompetanseoverføring til andre deler av helsetjenesten.

Økt satsing på tiltak rettet mot endring av livsstil og levekår som kan ha sykdomsframkallende årsak er viktig. Spesialisthelsetjenesten forventes og så ha en rolle i forebyggende arbeid. Men det framgår ikke særlig tydelig hvilken rolle spesialisthelsetjenesten forventes å ha i økt arbeid med forebygging og allmenn

kunnskapsspredning. Slik virksomhet er dessuten bare i begrenset grad finansiert virksomhet i dagens sykehusdrift.

6. Annen nødvendig støtte for å kunne støtte leveranse av helsetjenester

I forbindelse med faglig kvalitet poengteres det dessuten at en av de største utfordringene blir å rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell. Dette kan bli et svært sentralt spørsmål. En betydelig aldersbestemt avgang av spesialister i denne planperioden, gjør at denne utfordringen trolig burde fått en enda mer framtrekkende plass. Her må det legges vekt på å rekruttere medarbeidere med flerkulturell bakgrunn slik at ansattgruppen best mulig avspeiler sammensetningen i befolkningen

Konstatering av at det bør bygges opp bedre, nasjonale pasient- og helseregistre, er viktig. Det bør imidlertid tilføyes at kvaliteten av slike registre vil være helt avhengig av at det skjer en gjennomgang og heving av kvaliteten på registrering av data som inngår i slike registre. Det må forutsettes at dette skjer elektronisk, både av hensyn til krav til datasikkerhet, men også for å forenkle innhenting av data.

Høringsgrunnlaget legger stor vekt på å beskrive utvikling innen IKT området som en forutsetning for utvikling av den ønskede utvikling innen samhandling og pasientforløp. Det er et synspunkt vi gir full støtte til, men tror at det må et nasjonalt løft til for å få den ønskede IKT infrastruktur på plass raskt nok i forhold til å kunne støtte opp om ambisjonene innen pasientbehandling og fagutvikling.

7. Om minoritetshelse

Det sies ikke noe om nødvendig tilrettelegging for ulike minoritetsgrupper for å sikre lik tilgang til helsetjenesten, likeverdig behandling og mest mulig like resultater av behandlingen. Det krever særlig fokus på sårbare grupper, tolketjeneste for samer, kvener og andre som ikke behersker norsk slik at det kan sikres en god dialog mellom helsearbeider og pasient og pårørende. Nasjonal helseplan bør på en mer aktiv måte forholde seg til at Norge har blitt et mer mangfoldig samfunn.

8. Om særskilte behandlingsområder

Høringsgrunnlagets vektlegging av å satse på rehabilitering er positivt, og vi vil spesielt framheve behovet for å satse på forskning og fagutvikling samt integrere fagkunnskap om rehabilitering sterkere i flere helsefagutdanninger. Rehabilitering må også inngå som selvsagt del av mange pasientforløp.

Behandling av rus og avhengighetsrelatert sykdom kommer til å bli viktig i åra framover. Ikke minst skyldes dette utviklingen av alkoholforbruket i Norge. Dette oppfatter vi er lite behandlet i høringsgrunnlaget. Det er viktig fordi dette handler om et forhold som i betydelig grad i dag henger sammen med psykiske og somatiske sykdomstilstander.

Kommentarer til høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), Forskning og innovasjon

Kommentar til Mål for perioden

Kvalitet og relevans

Nasjonal helse- og omsorgsplan fokuserer blant annet på behovet for å "bedre kvaliteten og relevans på helse- og omsorgsforskningen". Dette reiser to grunnleggende spørsmål:

- 1) hvordan måler vi best kvalitet i forskning?
- 2) hvem definerer og hvordan defineres relevans?

Kvalitet og prioriteringsgrunnlag: Det sies ikke noe om hvilke deler av helse- og omsorgsforskningen som i dag synes å være av for dårlig kvalitet eller grunnlaget for å vurdere noe forskning som mindre relevant. Norges

forskningsrådets pågående fagevaluering og kommende anbefalinger bør kunne benyttes som ett av flere grunnlag i denne sammenheng. I forskningsstrategien til Oslo universitetssykehus fremheves følgende strategiske mål: *”Kvalitetsvurdering av forskningsvirksomheten foregår på flere måter. Bibliometriske analyser er en viktig resultatindikator, men gir begrenset informasjon om kvalitet. Vurdering gjennomført av eksterne fagfolk (fagfelleevaluering) av publikasjoner, søknader, rapporter og forskningsplaner er den grunnleggende kvalitetssikringen. Gjennomslag for søknader om eksterne midler til stillinger, drift og utstyr er også en viktig kvalitetsindikator. Oslo universitetssykehus vil benytte en kombinasjon av flere metoder og resultatindikatorer som grunnlag for kontinuerlig oppfølging av forskningsmiljøene”*. Helse- og omsorgsplanen synes ut fra formuleringene i for stor grad å vektlegge tellekantsystemer og videreutvikling av slike som et egnet prioriteringsgrunnlag (klassifiseringssystemer, bibliometriske data om artikler og doktorgrader samt data om ressursbruk til forskning). Departementet viser til at det ønsker et objektivt grunnlag for å kunne ”prioritere forskning til de områdene der kunnskapsbehovet er størst eller der det er gap i kunnskapsgrunnlaget”. Vi ber departementet vurdere en bredere omtale og diskusjon av hva som bør være relevante prioriteringsgrunnlag.

Relevans: Det finnes en rekke eksempler på at forskning som ikke synes ”relevant” på ett tidspunkt senere har vist seg å gi banebrytende resultater og være svært relevant når det settes inn i andre kontekster, gjerne mange år senere. Forskere har i lengre tid, gjennom forskningspolitiske arenaer og media, poengtert viktigheten av å styrke ressursinnsatsen til den frie, nysgjerrighetsdrevne forskning, utført utenom definert programmer. Det synes å være bred enighet om at det prioriteres for lite midler til fri forskning i Norge. Dette står i noen grad i motsetning til ønskene om større grad av styring og prioritering nasjonalt. Oslo universitetssykehus mener at definerte satsningsområder og forskerinitierte prosjekter kompletterer hverandre, og at det derfor er viktig at nye satsingsområder ikke iverksettes på bekostning av fri forskning eller i form av pålegg som binder opp eksisterende budsjetttrammer til forskning i helseregionene. Viktigheten av grunnforskning i nært samarbeid med universitetene, og translasjonsforskningens betydning for å omsette grunnforskningens resultater til klinisk praksis (og vice versa), burde vært bredt omtalt som viktige områder i meldingen. Helseplanens fokus på økt brukermedvirkning i forskning, for å sikre at forskningen fremstår som relevant, bør også utvides med en omtale av forskningens kompleksitet og langsiktighet, og hvordan forventninger må være realistiske når brukermedvirkning (pasienter og personell) skal styrkes.

Økt bruk av forskningsresultater og innovasjon

Dette er ett av de overordnede mål for perioden. Økt bruk av forskningsresultater er i seg selv et viktig bidrag til innovasjon. Oslo universitetssykehus savner noe mer om å ta i bruk insentiver for å fremme innovasjon. Det er viktig at det settes av tilstrekkelige ressurser til å etablere, vedlikeholde og videreutvikle nødvendig infrastruktur for innovasjon i helsesektoren.

Sikre at forskning og evaluering i tråd med samhandlingsmeldingens mål.

Dette er et av de uttrykte mål for perioden, under temaet ”Bedre prioritering av helseforskning”.. Økt forskning om samhandling er også uttrykt særlig under situasjonsbeskrivelsen. Oslo universitetssykehus støtter dette og har i sin vedtatte forskningsstrategi for 2011-2015 et uttrykt mål om at *”Oslo universitetssykehus vil bidra med forskning som styrker kunnskapsgrunnlaget for samhandling og likeverdige helsetjenester”*.

Kommentar til Mulige virkemidler

Kliniske studier og utprøvende behandling

Under ”Mål for perioden”, temaet ”Bedre prioritering av helseforskning”, sies at ”Det er et mål å øke omfanget av både forskerinitierte og industrifinansierte kliniske studier og offentlig initierte kliniske (fase I-IV) studier”. Under Mulige virkemidler sies at det er behov for å styrke offentlig initierte kliniske studier. Departementet vil videre utrede mulighetene for å etablere et system for vurdering og finansiering av utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten.

Oslo universitetssykehus mener det er svært viktig at en ny nasjonal helse- og omsorgsplan slår fast at det er

et behov for å etablere nye, offentlige finansieringsordninger for kliniske studier, herunder finansiering infrastruktur. Det må også etableres nye ordninger for finansiering av utprøvende behandling.

Infrastruktur

God infrastruktur for forskning og innovasjon fremheves. I planen omtales infrastruktur som vitenskapelig utstyr og forskningsfasiliteter, elektronisk infrastruktur, vitenskapelige databaser og helse- og kvalitetsregistre. Oslo universitetssykehus deler denne vurderingen, men ønsker at det særlig fokuseres på behovet tilstrekkelige forskningsarealer og erfaringer med hensiktsmessig plassering av forskningsmiljøer i forhold til samarbeidende kliniske/diagnostiske miljøer. Dette er en svært aktuell problemstilling ved de fleste norske universitetssykehus, som aktualiseres av stadige omstillingsprosesser og byggeprosjekter.

Ønsket om en styrking av antall nasjonale kvalitetsregistre og økt tilgjengelighet til datamaterialet i nasjonale registre og biobanker, vil Oslo universitetssykehus understreke at må følges opp gjennom bedre finansieringsordninger.

Vurdering av behov for nytt strategidokument

Departementet vil vurdere om det bør utarbeides en overordnet nasjonal strategi for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorene. Oslo universitetssykehus viser til at det finnes en rekke strategidokumenter og prioriteringsinstanser for medisinsk og helsefaglig forskning på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Forskningsutvalget ved Oslo universitetssykehus har nylig løftet denne problemstillingen, gitt det selvstendige ansvar helseforetakene har for forskningen, og med et opplevd redusert strategisk handlingsrom lokalt. Det bør diskuteres hvem (hvilke nivåer og organer) som har hvilken prioriteringsrolle i forhold til å utpeke satsingsområder. Helseforetakene må sikres et selvstendig strategisk handlingsrom og muligheter for å satse på både topp og bredde i egne rekker, samtidig som nasjonale og regionale føringer skal ivaretas. Forholdene mellom eksisterende prioriteringsorganer bør derfor gjennomgås og diskuteres bredt før det utarbeides flere nasjonale strategier.

Lover som regulerer forskningsvirksomhet

Under tematikken "Et velfungerende forsknings- og innovasjonssystem" fremheves viktigheten av at institusjonene tar ansvar for å iverksette helseforskningsloven. Oslo universitetssykehus vil i denne sammenheng peke på at helseforskning reguleres av mer enn helseforskningsloven, og at det er et betydelig behov for en avklaring fra lovgivers side av grenseflatene mellom helseforskningsloven og øvrige lover som regulerer forskning på mennesker, som utprøving av legemidler med flere lover som regulerer de deler av helsetjenesten spesielt knyttet til kvalitetskontroll og metodeutvikling som også benytter mennesker, personopplysninger og humant biologisk materiale. Når så kvalitetssikring og metodeutvikling også søkes å publiseres, samtidig som dette reguleres av andre lover enn helseforskningsloven (og vil måtte gjøre det), gir dette en del utfordrende grenseflater.

Kommentarer til endringer i Folkehelseloven

I forhold til endringene i Folkehelseloven er det først ett poeng vi bør påpeke i et innspill til Helse Sør-Øst sitt høringssvar. Kommunene gis i ansvar til enhver tid å ha oversikt over helsetilstand, påvirkningsfaktorer og utfordringsbilde. Både kommuner og fylkeskommuner pålegges dernest å fastsette mål og strategier for hvordan utfordringene skal møtes. (§§ 5, 6, 20 og 21). Statlige helsemyndigheter forpliktes i den forbindelse å stille opplysninger til rådighet heter det også. Men helseforetak og sykehus vil også være svært sentrale kunnskapskilder i forhold til innsikt om folkehelseutvikling i kommuner og fylkeskommuner og vil dessuten kunne være bidragsytere og være interessenter i forhold til mål og strategier. Det siste gjelder ikke minst dersom kommunene får sterkere styrende virkemidler overfor sykehusene (ref forslag til endringer ny Helse- og omsorgslov). Sykehus og helseforetak er imidlertid ikke nevnt i noen rolle i forhold til verken å ha oversikt og innsikt om utvikling eller som partner i forhold til mål og strategier. Her kunne en tenke seg en formulering

om at sykehus/helseforetak som har ansvaret for en kommune/fylkeskommune som spesialisthelsetjeneste skal konsulteres. Evt kunne dette vært knyttet opp mot at formen dette skjer på skal inn i de avtalene som ny Helse- og omsorgslov pålegger mellom kommuner og helseforetak.