

Helse Sør-Øst RHF
v/ Eli Hansen
Postboks 404
2303 HAMARAkuttklinikken
Prehospitalt senter
Prehospital administrasjon

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
Fagråd Pht og Akuttm.	10/01097-3/008	Rune Larsen,	20.12.2010
Oppgis ved all henvendelse			

Svaret sendes elektronisk

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

Fagrådet for Prehospitale tjenester og Akuttmottak i Helse Sør-Øst, behandlet høringshenvendelsen på sitt møte 13. desember 2010.

Dokumentet var utsendt i forkant, og det ble gitt mulighet for ytterligere kommentarer etter gjennomgang i møtet. Fagrådets innspill bygger således på generell og individuell gjennomgang.

I fagrådets svar, fremstilles temaene med påfølgende spørsmålsstillinger.

LOVFORSLAG – SAMHANDLINGSREFORMEN

1. Ny kommunerolle

I høringsnotatets kapittel 12 redegjøres det for "Fremtidens kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten". I forslag til ny helse- og omsorgslov tydeliggjøres kommunens ansvar ved at kommunen pålegges et helhetlig ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester. Lovforslaget viderefører dagens regulering av hva som er kommunal helse- og omsorgstjeneste og hva som er spesialisthelsetjeneste. Det sentrale er fortsatt at kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunen innenfor disse rammer skal yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud. Høringsnotatet legger til grunn at gråsoner i ansvars plassering skal løses gjennom lovpålagte avtaler mellom helseforetak og kommunene. Departementet ber høringsinstansene komme med andre innspill eller forslag i forhold til hvordan man kan hindre uønskede problemer som følge av "gråsoner" mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

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

Fagrådets innspill

Lovverket må gi klare og entydige ansvarsbeskrivelser med økonomiske føringer som plattform for utforming av klare avtaler mellom 1. og 2.linjetjenesten.

Prehospitale tjenester og spesialisthelsetjenesten bør tilligge 2.linjetjenestens ansvarsområde.

Godt avtaleverk bør kunne sikre at alle som trenger akuttmedisinsk behandling får riktig og nødvendig behandling innen forsvarlig tid ut fra alvorlighetsgrad.

Avtaler må omfatte prinsippet om "likeverdig helsetilbud", og pålagt ansvar må samsvare med valgt finansieringsmodell.

Avtalene må gjenspeile nødvendig kompetansebehov ute i kommunene, som er forenlig med kompetansekravet i den akuttmedisinske kjeden.

Prehospital utfordring blir å forholde seg til de ulikheter som vil være i akuttmedisinsk kompetansen ute i kommunene.

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

Departementet ber om høringsinstansenes synspunkter 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 kommentarer 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 eller helseforetak om at sistnevnte skal utføre oppgavene på vegne av kommunen. Helseforetaket skal i så fall ikke kunne motsette seg en slik løsning.

Bør kommunene, etter fagrådets 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?

Fagrådets innspill

Fagrådet registrerer at begrepet "øyeblikkelig hjelp" defineres forskjellig i kommunene, og således savner en endelig definisjon for begrepet.

Slik fagrådet ser dette, hører begrepet hjemme i spesialisthelsetjenesten.

Som et ledd av helsereformen, er det et mål at pasientene skal ligge kortest mulig i sykehus, for så å kunne tilbakeføres til kommunene. Dette vil føre til behov for kompetanseøkning i kommunene, og dermed behov for finansieringstilgang for å gjennomføre det pålagte ansvaret.

Fagrådet syntes det er positivt at kommunene pålegges et ansvar for øyeblikkelig hjelp, men er usikker på løsningsmodellen så lenge begrepet ikke er definert.

Det kommunale ansvar for legevaktjeneste bør styrkes og utvides, og tilpasses forsvarlig akuttberedskap i kommunene ut fra befolkning og behov.

I den relasjon bør det vurderes behov for tilstrekkelig helsefaglig kompetanse og hvilke situasjoner som bør betjenes gjennom akuttmedisinske døgnplasser.

3. Avtalebasert lovpålagt samarbeid

Det sentrale verktøy for å fremme helhetlig og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte pasient er forslaget om innføring av avtalebasert lovpålagt samarbeid mellom kommunene og de regionale helseforetakene/helseforetakene. Departementet foreslår å lovregulere samarbeidsavtaler i ny kommunal helse- og omsorgslov, jf lovforslagets kapittel 25 og gjennom forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

3.1 Organisering av det avtalebaserte samarbeidet mellom kommuner og foretak **Høringsnotatets punkt 25.6.3. og 25.6.4.**

Høringsnotatet legger opp til at det må løses lokalt om oppgavene som kommuner og foretak samarbeider om skal utføres innenfor kommunens allerede eksisterende organisasjon eller om det skal etableres nye institusjonelle løsninger eller organisatoriske tiltak. Det er imidlertid en rekke juridiske begrensninger i denne valgetten. I høringsnotatet foreslås det ingen endringer i adgangen til å organisere ulike selskapsformer.

Vi ber om at fagrådet 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/planlegges etablert?

Fagrådets innspill

Dette tiltaket ser fagrådet som svært kostnadskrevende. Det vil være særdeles viktig å definere standarden på den medisinske kompetansen som er nødvendig inn mot nye institusjonelle løsninger. Det vil være utfordringer knyttet til vaktkombinasjoner.

Forpliktende samarbeidsavtaler er avgjørende ved tiltak som nye institusjonelle løsninger i denne sammenheng.

3.2 Krav til samarbeidsavtalenes innhold

Høringsnotatets punkt 25.6.5

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 og at man overlater til partene på frivillig basis å ta inn det de måtte ønske i tillegg. Krav til avtalens innhold følger av lovforslagets § 6-2.

Departementet foreslår at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, men ber høringsinstansene vurdere hva som vil være mest egnet oppsigelsestid, jf lovforslaget § 6-6. Departementet vurderer også om det er hensiktsmessig å fastsette en avtaleperiode på fire år eller om avtalene bør være tidsbegrenset, og avventer høringsinstansenes uttalelser før det tas standpunkt til dette.

Er de foreslåtte minimumskravene tilstrekkelig? Har fagrådet innspill til eventuelle andre krav som bør stilles?

Fagrådets innspill

Fagrådet berømmer at det settes et minimumskrav, men er usikker på om det foreslåtte kravet er tilstrekkelig.

Kravet må basere seg på: "Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi".

4. Kommunal medfinansiering - kapittel 30

Det foreslås innført en forskriftshjemmel for kommunal medfinansiering. Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og sykehus til å samarbeide. Det vurderes en kommunal medfinansiering på 20%. Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering er ikke ferdig. Utredningsarbeidet avgrenses til følgende to modeller:

- Alder: Alle typer behandling for somatiske pasienter over 80 år
- Diagnose: Alle typer henvisninger og innleggelser for medisinske pasienter

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

Fagrådets innspill

Det er et faktum at ressurskrevende pasienter i små kommuner, kan ha store konsekvenser for kommuneøkonomien.

Fagrådet ser også at det ligger interkommunale utfordringer i forhold til transportlogistikk hva gjelder ambulansetransporter og pasientreiser.

Fagrådet kan følge prosessen med den videre utredningen, og gi tilbakemeldinger under veis.

Brukerrepresentantene i fagrådet, stiller seg tvilende til stigmatisering i forhold til aldersbestemmelse. Det pekes på:

”Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi”.

Det må være den enkeltes **behov for helsehjelp** som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, uavhengig av diagnose og alder.

5. Utskrivningsklare pasienter - kapittel 31

I lovforslagets § 11-4 foreslås det lovfestet at kommunen har ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én. Det legges til grunn at kommunene vil få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med denne omleggingen. I lovforslagets § 11-4 tredje ledd foreslås det at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser. Departementet kan også i forskrift regulere hva samarbeidsavtale etter første ledd minimum skal inneholde.

Ser fagrådet spesielle forhold som kan skape en uforholdsmessig økonomisk risiko?

Fagrådets innspill

Fagrådet peker på:

- Sannsynlig økt behov for ambulansetransporter
- Fare for økt behov for re-innleggelser
- Stort behov for oppbygging, (areal, kompetanse etc) ute i kommunene.

6. 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.

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. Foreslåtte lovendringer skal tydeliggjøre at elektronisk kommunikasjon er hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon. Det foreslås en lovhjemmel i helseregisterloven § 6 med et nytt fjerde ledd som gir hjemmel for at det i forskrift kan kreves at helseregister skal føres og utleveres elektronisk. Det foreslås ingen utvidet rett til kommunikasjon av helseopplysninger, men det foreslås regulert hvordan kommunikasjonen skal skje.

Videre foreslås det lovfestet at spesialisthelsetjenesten og kommunen skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Dette foreslås inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd.

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

Fagrådets innspill

Intensjonen er god, og det bør etableres piloter med enkelte legevakter for å utvikle gode løsninger for det akuttmedisinske området

Fagrådet ser sterkt behov til elektronisk samhandling og sentralisert definerte områder for å styrke pasientsikkerheten.

7. Individuell plan – koordinator - kapittel 22 og 23

I høringsnotatet foreslås det at hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan legges til kommunen i de tilfelle en person har behov for tjenester både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten får ansvar for å medvirke i arbeidet. Se forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-1 og forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og endring i psykisk helsevernloven § 4-1. Det foreslås en individuell plikt for helsepersonell til å melde fra om behov for individuell plan. Dette foreslås inntatt i ny § 38a i helsepersonelloven.

Har fagrådet 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?

Krav om koordinerende enhet for rehabilitering/habilitering både i spesialisthelsetjenesten og kommunen videreføres slik det fremkommer i forskrift om habilitering og rehabilitering, men foreslås inntatt i forslag til kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Ansvar for den koordinerende enheten foreslås utvidet til å også ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuelle planer.

Ordningen med pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten foreslås endret, slik at den blir mer målrettet. § 3-7 i spesialisthelsetjenesteloven foreslås opphevet. Ordningen foreslås endret til å omfatte pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester. Det foreslås at disse pasientene skal ha en pasientansvarlig, profesjonsnøytral koordinator. Det foreslås at

pasientansvarlig koordinator skal ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Dette foreslås inntatt i ny § 2-5a i spesialisthelsetjenesteloven.

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

Fagrådets innspill

Støttes

ØVRIGE LOVFORSLAG

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

Departementet stiller i høringsnotatet spørsmål ved om dagens regelverk om vurderingsfrist på 30 dager, jf pasientrettighetsloven § 2-2, er egnet til å understøtte og bidra til gode og forsvarlige pasientforløp. Det foreslås ikke noen lovendring. Departementet ber om høringsinstansenes vurdering av om den generelle vurderingsfristen bør være kortere enn 30 dager for alle henvisninger, for eksempel 10 virkedager, eller om en kortere frist eventuelt bare bør gjelde for enkelte pasientgrupper (slik det er i dag). Samtidig bes høringsinstansene vurdere om ordlyden i § 2-2 skal 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.

Har fagrådet kommentarer til dette?

Fagrådets innspill

Støttes

9. 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 av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister og hvordan prosessen ved tildeling skal gjennomføres.

Er det etter fagrådets mening behov for forskriftsregulering av saksbehandlingen ved tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialist?

Fagrådets innspill

Støttes

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

Det foreslås å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det foreslås å endre meldeordningen slik at ordningen blir et rent utviklings- og læringssystem, slik at helsepersonell kan melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner.

Støtter fagrådet dette endringsforslaget?

Fagrådets innspill

Støttes.

En slik ordning, med en nøytral instans som ikke skal gi sanksjoner, kan stimulere til økt saksmengde. Dette kan være positivt så lenge læringseffekten av feilene ivaretaes.

Viktig å definere hvilke saker som i hovedsak skal oversendes kunnskapssenteret, og hvilke saker som kommer inn under Helsetilsynets tilsynsfunksjon. Det vil være behov for en tydelig ansvars-/rolle avklaring.

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

Det foreslås innføring av en ny lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4b med krav til virksomheter som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven om systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. Tilsvarende bestemmelse foreslås i kommunal helse- og omsorgslov.

I tillegg foreslås spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 endret, og lyder etter forslaget slik:

"Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Herunder skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at

- a) personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og*
- b) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helsetjenestetilbud."*

§ 3-4 i spesialisthelsetjenesteloven oppheves, og det foreslås ny § 3-4 om kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

Støtter fagrådet disse endringsforslagene?

Fagrådets innspill

Støttes

Med vennlig hilsen



Arild Østergaard
Leder av Fagrådet for
Prehospitale tjenester og akuttmottak