Sørlandet sykehus HF
Administrerende direktør

HELSE SØR-ØST

Vår dato	Vår referanse
2010-12-19	10/002688
Deres dato	Deres referanse

Helse Sør-Øst RHF
Att: Eli Hansen

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

Det vises til brev fra Helse Sør-Øst RHF datert 09.11.10. SSHF avgir med dette sin uttalelse til sentrale områder i forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, samt innspill til utvalgte temaer til Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Høringsuttalelsen fra SSHF gir først noen generelle overordnede kommentarer, og følger deretter mal oppsatt i RHF-ets brev av 09.11.10. Den er rettet mot forslaget til ny helselovgivning, men er også relevant for Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Innledning

SSHF gir sin tilslutning til de overordnede mål og føringer i Samhandlingsreformen, som er grunnlaget for ny kommunal helse- og omsorgslov. Den nye loven har til hensikt blant annet å tydeliggjøre ansvaret i kommunal helsetjenesten, og derved også spesialisthelsetjenesten. Pasient og bruker perspektivet og kommunenes ansvar for å sikre riktig tjenestenivå sikres i større grad, kvalitet og pasientsikkerhet understrekes også i kommunenes ytelse av helsetjenester. Alle disse forhold er av betydning for en riktig videreutvikling av helsetjenestene, og en forutsetning for gjennomføringen av reformens intensjoner.

En hovedinnvending for flere av de ansvarspresiseringer og pålegg lovforslaget gir kommunale helse- og omsorgstjenester, er at kommunenes størrelse og ressursbase som forutsetning for å faktisk kunne yte i tråd med lovforslagets krav, i for liten grad sikres.

Agderfylkene er små målt i befolkningsgrunnlag, og har mange kommuner med svært lave innbyggertall (under 5000 innbyggere). Inngåelse av svært konkrete samarbeidsavtaler (jfr lovutkastet) med den enkelte kommune vil måtte preges av dette, med mindre departementet gjennom forskrift pålegger interkommunalt samarbeid som kan sikre et tilstrekkelig faglig og administrativt apparat i kommunene. Kommunestrukturen er i seg selv en trussel mot lovens hensikt, og det kunne med fordel vært å forsterke krav om interkommunalt samarbeid – dersom kommunesammenslåing ikke er ønskelig.

Kapittel 12 - Fremtidens kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten.

Sørlandet sykehus HF har over mange år arbeidet systematisk sammen med kommunene på Agder for å bygge opp et tett samarbeid. Samarbeidet er regulert i gjensidige samarbeidsavtaler, og Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS), som har et klart mandat.

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Administrerende direktør
Postboks 416
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
+47 38 07 44 00
Telefaks
+47 38 07 44 03
Bankkonto
6468.05.01465

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 38 07 30 00

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

At Sørlandet sykehus i realiteten ikke har korridorpasienter og heller ikke ferdigbehandlede pasienter som venter på kommunalt omsorgstilbud er et resultat av et slikt konkret samarbeid mellom ledere og fagfolk på alle nivåer i organisasjonene. Kommunene på Agder har i lengre tid arbeidet systematisk for å sikre at spesialisthelsetjenesten skal ha mulighet til å benytte sine midler til diagnostisering og behandling, ved å sikre gode pleie- og omsorgstjenester med riktig kapasitet – slik at pasienter med behov for kommunale tjenester etter behandling i sykehus, får disse raskt og uten unødig opphold. Samarbeidet er i tillegg til avtaler, fundert på felles, tillit og god kunnskap om lokale forhold. Foretaket og kommunene arbeider aktivt med veiledning, kompetansebygging og ulike samarbeidsprosjekter.

I kapittel 12 presiseres kommunenes ansvar og det legges opp til at "gråsoner" i ansvaret mellom nivåene skal kunne avklares i avtaler.

SSHF gir sin tilslutning til bruk av avtaler for å regulere samarbeidet og derved også gråsoner. Det understrekes imidlertid at en ikke vil kunne avtaleregulere alle forhold som kan oppstå, og at fortsatt tett dialog mellom fagmiljø og ledere på alle nivåer er en forutsetning for å løse konkrete utfordringer og sikre at pasienter og brukere kan oppleve helhetlige tjenester. Samarbeidet må baseres på tillit og toppledelsens evne til, og blikk for, å vurdere både det faglige, praktiske og samfunnsøkonomiske grunnlaget for samarbeidet. Økonomiske insentivordninger må understøtte et slikt samarbeid.

En meget stor variasjon i kommunenes evne til å yte en stor bredde av tjenester (jfr innledning – størrelse og infrastruktur) vil kreve at individuelle pasientsituasjoner løses på ulike måter og nivåer, basert på prinsipper og føringer som kan nedfelles i avtaler.

I kapittel 12.3.1 gir departementet en redegjørelse om fremtidens kommunerolle. Det henvises til HD vurderinger av at anslagsvis 20-30% av døgn og polikliniske konsultasjoner kan gjøres i kommunal helse- og omsorgstjenester. I andre deler av høringsnotatet eksemplifiseres de aktuelle pasientgruppene til å være eldre med generelle symptomer som magesmerter, pasienter med kroniske lidelser som forverres (KOLS og hjertepasienter) samt pasienter med behov for palliasjon. Utfordringer knyttet til dette er i liten grad drøftet; kommunenes kompetanse til å ivareta disse oppgavene, behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten samt behovet for diagnostisering
.
SSHF vil påpeke at flere lidelser hos eldre kan gi symptombilder som akutt forvirring og generelle smerter. Håndtering av nettopp smerter og symptomer hos eldre krever bred kompetanse hos helsepersonell. Dette må evt bygges opp i samarbeid med spesialisthelsetjensten. Eldre pasienter må ha samme rett til korrekt diagnose som andre borgere. Å bruke alder eller generelle symptombeskrivelser som et grunnlag for å vurdere om en pasient har behov for den diagnostisering som kun kan gis i spesialisthelsetjenesten synes ikke riktig.

En omfattende overføring av konkrete behandlingsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester vil kreve en betydelig oppbygging av kompetanse og trolig også overføring av spesialisert personell - så som legespesialister. Det fremkommer ikke tydelig hvordan dette skal kunne skje, samtidig som kompetanse skal kunne opprettholdes og videreutvikles ved evt slike endringer. Igjen vil kommunestrukturen skape særlige utfordringer for slike endringer.

Helseforetakene vil få en utforutsigbar økonomisk situasjon over lang tid, dersom kommunene selv kan velge å etablere forsvarlige tjenester som skal overta deler av de oppgaver som i dag gjøres i sykehusene. Det legges opp til at kommunene selv kan velge om de ønsker å etablere slike tilbud, og at helseforetakene ikke kan motsette seg å videreføre tilbudene dersom kommuner ikke skulle ønske disse oppgavene. Det må i evt avtaler mellom RHF og kommunene sikres tilstrekkelige planhorisont, oversikt og forutsigbarhet for foretakene slik at ikke behandlingstilbud særlig innen de medisinske fag gis vilkårlige og ustabile rammer for faglig virksomhet og drift.

Kapittel 13 Særlig om kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp
Det vises til teksten foran i denne høringsuttalelsen. Departementet presiserer at det har skjedd en glidende utvikling og forskyvning av tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten over flere år, og at denne utviklingen vil fortsette. Videre understrekes at det ikke enkelt vil kunne settes et klart skille mellom øyeblikkelig hjelp-pasienter som trenger innleggelse i spesialisthelsetjenesten eller evt kommunalt døgntilbud.

Følgende understrekes:

Større grad av fleksibilitet i kommunale døgninstitusjoner, hvor det er pasientenes behov for pleie- og omsorgstjenester som avgjør når på døgnet og hvilken dag pasienter mottas i for eksempel sykehjem vil være en klar forbedring av tilbudet i mange kommuner. Dette gjelder for pasienter som ikke lenger kan klare seg hjemme eller i omsorgsbolig pga en endring i mulighet for å ivareta egensomsorg. Innleggelser i sykehus som i hovedsak skyldes inntaksregler i den enkelte kommune må unngås.

Det er imidlertid nødvendig at alle som får symptomer og endring i helsetilstand gis lik rett til å få rett diagnose stilt. Ofte vil diagnostisering kreve radiologiske og laboratorieundersøkelser i tillegg til annen spesialistkompetanse. Det må unngås situasjoner hvor pasientens alder eller generelle almenntilstand er kriterier for hvilken kvalitet det totale helsetilbudet til den enkelte får.

En lovmessig plikt til å opprette døgnbaserte øyeblikkelighjelptilbud med døgnkontinuerlig tilgjengelig medisinsk kompetanse vil bli en stor utfordring for mange kommuner – kvalitet og pasientsikkerhet må være førende for om og hvordan dette skal innrettes. En stor variasjon i kommunenes tilbud, slik departementets redegjørelse legger opp til, vil i seg selv påvirke sikkerhet for pasienter og brukere. En ordning med kommunale øyeblikkelighjelptilbud som skal ha en såkalt ”i stedet for” funksjon krever etter vår vurdering lovpålagt interkommunalt samarbeid for å sikre tilstrekkelig volum og kvalitet.

I departementets redegjørelse brukes begrepet ”å hindre innleggelser i sykehus”. Dette bør presiseres ytterligere – til ”å hindre unødvendige innleggelser i sykehus”.

Kommunene bør i særlig grad ha funksjoner som er rettet mot ”før” og kanskje særlig ”etter” innleggelse. For eldre pasienter vil rask tilgang til rehabilitering etter sykdom være avgjørende for å gjenopprette evnen til å klare seg selv hjemme. Kommunenes kompetanse og ressurser til slik rask overføring for rehabilitering er imidlertid meget varierende, og igjen ser vi at større kommuner har bedre forutsetninger for å bygge opp et variert tjenestetilbud som kan tilpasses den enkeltes behov. Rask utskriving etter innleggelse og et bredt oppfølgingstilbud for eldre med sammensatte lidelser og rehabiliteringsbehov er avgjørende for ressursbruk og for den enkelte – og bør være et hovedsatsingsområde for opprustningen av kommunal helsetjeneste.

At spesialisthelsetjenesten uansett skal kunne pålegges å utføre de fleste oppgaver, dersom kommunene velger å ikke legge til rette for disse, vil igjen skape uforutsigbarhet for både drift og økonomi for spesialisthelsetjenesten. Ulike avtaler om både pasientbehandlingstilbud og finansiering av disse med for eksempel Agders 30 kommuner, vil gi en betydelig byråkratisering og kreve en nitidig oppfølging av de ulike økonomiske aspektene. I og med at kommunene skal kunne føre enkeltoppgaver eller oppgaveområder tilbake til helseforetaket, vil en måtte etablere ”gjestepasientordninger” . Det er grunn til å stille spørsmålstegn om slike ”ustabile” ordninger og avtaler ikke vil kunne føre til betydelig uproduktiv oppfølging av økonomi og draftsavtaler.

Avtalebasert lovpålagt samarbeid

Forutsigbare og gjennomførbare avtaler om behandlingstilbud og forståelse av og etablering av "den nye kommunerollen" i helsetjenesten vil kun være mulig når der er rammer som sikrer en parallell og likest mulig utvikling innenfor helseforetakenes opptaksområde. Avtaleutarbeidelse vil være krevende, men er det verktøy som kan nyttes til formålet. Klare presiseringer utarbeidet mellom RHF og KS vil være nødvendig, for å hindre store regionale forskjeller i tjenesten.

Kommunal medfinansiering

Det er et uttalt politisk mål at befolkningen skal sikres lik tilgang på helsetjenester uavhengig av bosted. Helse er ulikt fordelt i befolkningen og kan være til dels svært ulik på tvers av kommunegrenser. Det er viktig at helseforetak og kommuner tilføres ressurser som muliggjør et kvalitativt likt helsetjenestetilbud til befolkningen som de er satt til å betjene. De økonomiske virkemidlene som foreslås innført i forbindelse med kommunal medfinansiering må understøtte målet om likeverdige tjenester, og det må sikre at det er helseøkonomiske argumenter som vinner fram og ikke økonomiske argumenter aleine.

Kommunal medfinansiering er i første omgang foreslått å gjøres gjeldende for somatiske pasienter, og to avgrensede modeller er vurdert: (i) avgrensning ifht. alder (80 år +) og (ii) avgrensning ifht. diagnose (medisinsk behandling/opphold). En forutsetning for at dette skal kunne motivere til behandling på laveste effektive omsorgsnivå, er at henvisende instans (fastlege eller legevakt) opplever at det er en alternativkostnad ved å henvise til spesialisthelsetjenesten heller enn til kommunehelsetjenesten. Videre må de økonomiske insentivene være sterke nok til at det reelt sett blir attraktivt for kommuner å bygge ut et eget helsetilbud. 20 prosent medfinansiering vil i noen tilfeller ikke være et sterkt nok økonomisk insentiv, særlig for svært pleietrengende pasientgrupper. Det kan i visse tilfeller være rimeligere for kommuner å kjøpe behandling og å betale for utskrivningsklare pasienter, enn å bygge ut et eget tilbud. I så tilfelle sementeres dagens tjenestetilbud.

Tilsvarende kan medfinansiering ha uønskede vridningseffekter: de minst ressurskrevende personer blir selektert til et kommunalt helsetjenestetilbud på bekostning av mer ressurskrevende personer. En medfinansiering som en gitt andel av døgnkostnad i HF kan m.a.o. gi insentiver til en uønsket "siling" av pasienter ut fra økonomiske hensyn. For HF blir det da en økonomisk belastning med at en sitter igjen med de mest ressurskrevende pasientene og blir finansiert med en 20 + 10 prosent av gjennomsnittskostnad i aktuell DRG.

5. Utskrivingsklare pasienter

SSHF har ikke utfordringer med såkalte utskrivingsklare pasienter som blir liggende i sykehus i påvente av kommunale pleie- og omsorgstilbud. Dette skyldes i hovedsak at kommunene på Agder over mange år har prioritert sine pleie- og omsorgstilbud slik at disse kan håndtere dette behovet. Det legges nå opp til at de kommunene i landet som ikke har ivaretatt dette tilbudet skal overføres midler fra RHF, for deretter å styrke finansieringsgrunnlaget i HF eller evt styrke og utvide eget tilbud.

Det må sikres at verken kommunene på Agder eller SSHF straffes for gjennom flere år å ha samarbeidet tett. Eventuelle uttrekk i basisramme må skje med utgangspunkt i SSHF's faktiske omfang av utskrivningsklare pasienter, og ikke basert på et snitt for RHF som helhet. Agderkommunenes økonomi må styrkes på linje med øvrige deler av landet.

Det er i denne forbindelse også viktig at definisjonen av "utskrivningsklar" pasient ikke er entydig og heller ikke upåvirket av eksistensen av relevant kommunalt tilbud og av økonomiske insentiver (nivå på betalingssatser).

7. IP – koordinator
Forslagene som gjelder individuell plan, pasientkoordinator og endringer i PAL tiltres.

8. Pasientforløp i spesialisthelsetjenesten
Endringer i vurderingsfristen kan vurderes, men i praksis er det slik pr i dag at ulike diagnosegrupper vurderes ulikt raskt etter tentativ diagnose. For enkelte lidelser er en vurderingsfrist på 30 dager tilstrekkelig.

Det vil være en fordel om det entydig kunne komme frem at den individuelle fristen settes ved tidspunkt for vurdering, og at behandling settes opp i tråd med prioriteringsveilederen deretter.

9. Avtalehjemler
SSHF ser ingen grunn til endringer i dagens regelverk.

10. Flytting av meldeordning etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, fra helsetilsynet til Kunnskapssenteret.

SSHF vil sterkt fraråde den foreslåtte endringen. Den vil innebære et klart brudd med flere sentrale prinsipper i pasientsikkerhetsarbeid, og vil gjøre både foretakenes og helsetilsynets arbeid meget vanskeligere på dette området.

I alt pasientsikkerhetsarbeid er det avgjørende å ha et systemfokus, og presisere at det er leders ansvar å sikre at det legges nok barrierer for feil til grunn i arbeidsprosessene til at feil ikke når pasientene. Innføring av anonym meldemulighet uten om linjen i sykehusorganisasjonen vil være ødeleggende for arbeidet slik det gjøres i dag.

Ved SSHF følges følgende praksis:

- Melder fyller ut skjema, dette påtegnes av nærmeste leder.
- Saken behandles gjerne først i avdelingens kvalitetsråd – fokus er hele tiden forbedringer for å hindre at slik hendelse kan skje igjen.
- Saken går deretter til klinikkens kvalitetsråd, som gjentar vurderingene av tiltak, samt sikrer læring på tvers av avdelingene i klinikken. Saken sendes deretter til lokalt helsetilsyn.

Helseforetakene nedlegger meget nøyaktig arbeid i behandlingen av 3,3 meldinger. Det brukes i stor grad til læring og kvalitetsutvikling. Meldinger som går anonymt til kunnskapssenteret vil miste verdifull lederoppfølging og brede drøftinger i høykompetente miljø og derved miste mye av sin verdi som grunnlag for læring og kontinuerlig forbedring.

Det er over år bygget opp en dialog med tydelige og klare roller mellom helseforetakene og tilsynsmyndighetene. En slik ordning som forelås vil tappe helsetilsynet for verdifull kunnskap om virksomheten og kvaliteten på pasientsikkerhetsarbeidet, i tillegg til å hindre ledere på alle nivåer og fagmiljøene til selv å hente læring og drive lokalt forbedringsarbeid.

Det viktigste tiltaket for å hindre at medarbeidere ikke melder hendelser som burde vær meldt, er at hele organisasjonen har et systemfokus i sitt forbedringsarbeid og ikke et individuelt ”syndebukkfokus”. Trygghet for melder og åpenhet om feil er sentrale kulturelementer, og det er lokal ledelses ansvar å sikre dette.

SSHF fraråder på det sterkeste den foreslåtte ordningen, som vil være et klart tilbakeskritt for pasientsikkerhetsarbeidet i foretakene.

11. Krav til systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten
De foreslåtte endringene tiltres.

Vedlagt følger uttalelse fra Brukerutvalget ved SSHF.

Med vennlig hilsen
Sørlandet sykehus HF

Jan Roger Olsen
Adm direktør

Inger Cathrine Bryne
Rådgiver