

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 Hamar

Dato: 17.12.2010
Saksbehandler: Christine Furuholmen
Direkte telefon:
Vår referanse: 10/01022-2 /

Deres referanse:

Innspill til ny helse og omsorgslov samt nasjonal helseplan

Innenfor Vestre Viken har det vært et formalisert samarbeid med flere av kommunene, i tillegg til at det er erfaring med utvikling av nye tjenestetilbud i samarbeid med kommunen. Erfaringer omfatter blant annet avtalebasert samarbeid rundt utskrivningsklare pasienter, og desentralisert spesialisthelsetjeneste. Basert på disse erfaringene støtter vi hovedtrekkene i reformen.

Kommunene i Hallingsdalsregionen har kommet langt i å prosjektere et lokalmedisinsk senter i nært samarbeid med Hallingdal sjukestugu og er kommet lengst av de i alt 6 prosjektene innenfor Vestre Vikens område. Basert på våre erfaringer vil vi generelt vektlegge at:

- Ting tar tid. Det vil ta tid før alle kommuner har konkrete forslag til, for ikke å si drift av lokalmedisinske sentra i samarbeid med helseforetaket
- Det er realistisk å overføre 10 prosent av polikliniske kontrollert og liggedøgn slik det forsettes. Dette krever omstilling i klinikken, ikke bare i kommunene. Praksiskonsulentene er viktige samarbeidsparter.
- Vi er enige i hvilke pasientgrupper som det fremheves at kan ha nytte av behandling i kommunale tilbud. Det er behov for veiledere og retningslinjer for hvilke pasientgrupper dette er, og inklusjons- og eksklusjonskriterier for innleggelse i kommunal institusjon før reformen skal tre i kraft.
- Utkastene til finansieringsordninger er uferdige og vi er usikre på om de vil virke etter hensikten. Vi vil foreslå et sterkere fokus på en enkel finansieringsmodell partnerskapsfinansiering (kommune, helseforetak, regionalt helseforetak) i kombinasjon med lovpålagte oppgaver.
- Reformen forutsetter likeverdige parter. Veiledningsplikten bør avspeile dette og være værgjensidig.

I høringen har vi valgt å prioritere de 6 første spørsmålene til lovverket som Helse Sør-Øst har satt opp. Flere tema i Nasjonal helse- og omsorgsplan blir dermed kommentert via spørsmålene som angår lovene.

LOVFORSLAG SAMHANDLINGSREFORMEN

1. Ny kommunerolle

Anser helseforetaket at det er hensiktsmessig å avklare "gråsonene" mellom 1. og 2. linjetjenesten gjennom avtaler, eller burde lovforslaget gitt noe mer føringer for dette? Tjenestene som omfattes av gråsonene begrepet vil endres over tid og vil variere på ulike steder, selv om mye vil være likt. Vi kan ikke avskaffe eller avklare gråsonene på noen enkelt måte. Vi vil vektlegge måten å samarbeide på, rundt den enkelte pasient, relasjoner mellom fagfolk og systematisk avtalebasert samarbeid, fremfor å fokusere på grenseoppgangen.

2. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

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?

Kommunens ansvar for ø-hjelp tydeliggjøres i høringsnotatets kapittel 13. Dette er en nyttig klargjøring, også for dem som jobber i spesialisthelsetjenesten. Vi støtter et forslag om lovmessig plikt til døgnopphold. Dette betyr at kommunene må styrke både sykepleiefaglige og medisinsk faglig kompetanse, samt ha tilgjengelig medisinsk diagnostikk (røntgen og lab). For de fleste kommuner vil dette bety samarbeid med andre kommuner eller i samarbeid med helseforetaket.

Det er ikke vår oppgave å si noe om økonomiske forutsetninger. Dette blir avhengig av den generelle kommuneøkonomi og finansieringsmodeller.

3. Avtalebasert lovpålagt samarbeid

3.1 Organisering av det avtalebaserte samarbeidet mellom kommuner og foretak

Vi ber 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/planlegges etablert?

Så lenge det er en eier og en ansvarlig kommune er dette forholdsvis enkelt.

Utfordringene kommer med en gang det blir flere eiere, og organiseringen kommunene i mellom kan være vel så krevende som mellom helseforetak og kommune. Fra Hallingdal sjukestugu (HSS) har vi erfaring med vertskommuneproblematikk. For helseforetaket er det viktig å ha en kommune og forholde seg til. Kommunene må samordne seg, evt slå seg sammen.

Ett av de store spørsmålene i samarbeid er ansvarsproblematikken i forhold til lovgivning. Hvem (hvilket nivå) har ansvar for pasienten. Når ansatte jobber side om side, er institusjonen spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste? Det må være tydelig at ansvaret følger den som har medisinsk ansvar. Kommunale lokalmedisinske sentra, eller den kommunale delen av et slikt senter, har ikke tilgang til medisinsk journal som er forlengelse av sykehusopphold. Vi er i tvil om at dette kan løses med kjernejournal, og er usikre på om gevinsten for pasienten ved desentralisert behandling kan tas ut før dette er på plass. Dette er viktig spesielt i psykisk helse.

Det må finnes løsninger for at lokal medisinske sentra og ambulante team har tilgang til sykehusjournal. Alternativt må medisinsk ansvarlig behandler være ansatt på sykehuset. Vi har innenfor Vestre Viken HF hatt løsninger som innebærer at sykehus PC er "utplassert" i sykehjem, med sykehjemslege som er helt eller delvis ansatt i helseforetaket. Dette gir sykehjemslegen tilgang til sykehusjournal. Vi kan ikke være avhengig av denne typen kreative løsninger for å gi forvarlig pasienthandling i forsterkede sykehjem eller i såkalte halvannen linje tiltak.

Ansvarsspørsmålet når helsearbeidere er ansatt flere steder må også avklares i forhold til hvem som er tilsynsmyndighet.

3.2 Krav til samarbeidsavtalenes innhold

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

Minimumskravene er omfattende, men gir rom for videre styring.

Det bør i tillegg vurderes om partene skal ha krav på seg til å utarbeide en årlig strategi for samhandling som identifiserer nye tiltak. Dette gir rom for lokale prioriteringer, i tillegg til nasjonale styringskrav.

Avtalene bør i tillegg inneholde noe om håndtering av avvik og forbedringsarbeid. Vi er positive til at forskning og kunnskapsoverføring (utdanning) omtales spesielt. Helseforetakets plikt til å drive forskning og utdanning bør speiles i lov om kommunehelsetjenester. Kommunene bør ha et lovpålagt krav til å drive forskning. Ellers vil dette lett bli spesialisthelsetjenestens ansvar, også innenfor en avtalestruktur. Der et stort behov for et annet perspektiv på kvalitets- og helsetjenesteforskning enn det som springer ut i fra sykehusene.

4. Kommunal medfinansiering

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

Generelt om økonomiske virkemidler

Økonomiske insentiver må understøtte tjenestene som innebærer gode faglige løsninger for pasientene. Disse skal også underlegges krav til kostnadseffektivitet. Dette krever kunnskap om begge deler. Det er avgjørende at statlige insentiver støtter opp om det som er *lokalt* gode løsninger, ellers oppleves de ikke bare som meningsløse, i verste fall fører de til uønskede vridninger. På den ene siden er det viktig at statlig detaljregulering ikke slår i hjel gode lokale løsninger. På den andre siden erkjenner vi at det kan være behov for hjelp i form av økonomiske insentiver for å sikre gjennomføring av kvalitetsmessige gode og samfunnsøkonomisk effektive tjenestetilbud.

En prinsipiell innvending mot insentivretting mot kommunene, er at det er ikke "kommunen" som legger pasienten inn i sykehus ved behov for behandling. Det kan være fastlegene eller en vikar som kjører legevakt. Lovforslaget styrker det kommunale ansvaret ved at forebyggingstiltak som ligger hos andre aktører enn helsetjenesten i kommunen blir synlig. Slik får kommunen et insentiv til å sikre/strø veier for å minske ulykker. Men kommunen er fortsatt ikke en aktør som styrer innleggelser i sykehus. Det foreslås flere endringer i kommunenes finansieringsansvar. Kommunal medfinansiering, betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og samarbeid om felles tiltak (partnerskapsfinansiering). Partnerskap kan til en viss grad erstatte de to første gjennom avtaler som understøtter behandling før, i stedet for og etter. Vi vil påpeke faren for "overregulering" ved at flere økonomiske virkemidler innføres på en gang. Erfaringen med innføring av stykkpris i sykehus (isf) er at det tar langtid før partene forstår hvordan systemet virker, det er rom for ulike tolkninger og det krever brukerkompetanse og et administrativt apparat. Det er viktig at finansieringsordningene er administrativt enkle og forståelige. Det er ikke umiddelbart enkelt å se hvordan den enkelte kommune (alene eller i samarbeid med flere) skal få på plass denne kompetansen, i tillegg til at forståelsen for ordningene skal være lik som helseforetakets. Ordningene må både samlet og hver for seg fremstå enkle, slik at forståelsen for virkemåte blir felles for de ulike aktørene som er ment å påvirkes.

Generelt vil vi påpeke at det alltid er en risiko å knytte økonomisk insentiv knyttet til en gruppe pasienter med manglende eller svake insentiver til andre. Dette kan føre til uønskede vridningseffekter. Vi har erfaring og dokumentasjon av hvor vanskelig det er å prioritere rus og psykisk helse som er rammefinansiert i forhold til somatikken, og vi har

erfaringer fra diskusjoner om manglende takster for forebyggende virksomhet i forhold til behandling. Dette krever veldokumentert faglig nytte, i tillegg til forståelige finansierungsordninger slik at ikke noen pasientgrupper oppleves som "lønnsommer" på tvers av faglige gode løsninger.

Dagens statlige finansierungsordninger er ikke rettet inn mot helsefremmende og forebyggende aktiviteter. Det betyr at disse må finne et finansielt grunnlag utelukkende gjennom tildelte midler av kommunale eller statlige rammebevilgninger i konkurranse med andre gode formål. Spørsmålet er om dette i stor nok grad understøtter ambisjonen om målrettet folkehelsearbeid som skal ligge i kommunene. Til nå er mye av denne virksomheten finansiert som prosjekttrettede tilskuddsmidler.

Kommunal medfinansiering

For spesialisthelsetjenesten kan kommunal medfinansiering redusere inntektene på en lite forutsigbar måte. Store deler av inntektene til spesialisthelsetjenesten er knyttet til personell som vanskelig kan flyttes frem og tilbake etter behov. Hvert helseforetak må forholde seg til et stort antall kommuner. Vestre Viken HF har 26 kommuner med et folketall som varierer fra et par tusen til hundrede og ti tusen. Det kan være krevende å bygge ned tjenester der en eller flere kommuner er forberedt til å overta oppgaver, mens andre ikke er det. Dette vil enten føre til at nødvendige tilbud i spesialisthelsetjenesten bortfaller for noen innbyggere, eller at spesialisthelsetjenesten må opprettholde unødvendig kapasitet.

Forpliktende samarbeidsavtaler bør innføres for å redusere risikoen. Forpliktende avtaler som omfatter økonomisk ansvar (partnerskap) bør vurderes som et alternativ til de foreslåtte modellene for kommunal medfinansiering. Da vil det være mulig å ta hensyn til kommunal variasjon som antall innbyggere, satsing på hjemmebaserte tjenester fremfor institusjonsplasser, geografiske avstander mv. Innefor Vestre Vikens område er alle kommunene med i ulike prosjekt lokalmedisinske senter, i alt 6 innenfor opptaksområdet. Det er viktig at statlige virkemidler er romslige nok til å omfatte lokal variasjon og prioriteringer.

For helseforetaket øker risikoen med økt andel kommunal medfinansiering. Samtidig er det vanskelig å se at 20 prosent som er antydnet vil gi nok basisfinansiering for kommunal utbygging. Det må gjøres et større utredningsarbeid, jf erfaringene fra Danmark, før det er mulig å si noe om den foreslåtte modellen er bærekraftig.

Til de to foreslåtte modellene:

- A. Gjelder for eldre over 80 år
- B. Gjelder for alle pasienter, med unntak av kirurgi

Begge modellene innebærer mulige vridningseffekter. Avgrensning etter alder (A) gir fare for forskjellsbehandling når kommunene får et økonomisk insentiv til å redusere henvisning av pasienter over 80 år. Modell B er tilsynelatende mindre risikabel mht forskjellsbehandling, men i realiteten er 80 % av innleggelser hos eldre pasienter knyttet til akuttinnleggelser uten kirurgi. Modell B kan dermed ramme den samme gruppen som den aldersbaserte modell A.

Vi vil advare mot å bruke alder som kriterium for kommunal medfinansiering. Det kan fort et signal om at pasienter over en viss alder ikke har samme behov eller krav for behandling i spesialisthelsetjenesten, stikk i strid med intensjonen om å gi et bedre tilrettelagt tilbud.

I videre utredning av modeller, vil vi anbefale at lokalt samarbeid og felles forståelse av hva som er faglig god behandling og best for pasienten vektlegges. Det kan knyttes finansiering til samarbeidstiltak som sprenger dagens ansvarsfordeling, uten at dette knyttes til en av de to foreslåtte modellene for kommunal medfinansiering.

Vi trenger en finansieringsmodell for lokalmedisinske sentra som er basert på nøytrale bakgrunnsdata som finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. En ramme, gjerne tredelt som midt-Norge modellen, gir mulighet til gjennom avtaler å bestemme hvordan pengene skal brukes i hvert enkelt område. Vi bør unngå diskusjonen av fordelingsnøkkel. Vår erfaring er at HSS har hatt helhetsansvar og vært en pådriver for samhandling i Hallingdalsregionen. Tilsvarende har andre sykehus gått inn med midler og vært pådriver i en oppstartsfase uten å finregne, for å få tiltak i gang (Bærum sykehus og Henne Onstad bo - og rehabiliteringssenter). Erfaringene tilsier at det går med mye tid på å regne og forhandle, og en enkel finansieringsmodell anbefales.

5. Utskrivningsklare pasienter

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

Vi vil generelt peke på faren for å ha et sterkt økonomisk fokus, i stedet for hva som er godt for pasienten. Beslutninger om pasienten er utskrivningsklar, og hva som er riktig tilbud i kommunen skal tas et faglig grunnlag. Hvis døgnprisen er for lav, vil det "lønne seg" for kommunen å la pasienten oppholde seg på sykehuset på kort sikt. Jo høyere døgnpris, jo større vil også faren for at pasientene blir "tatt ut" uten at et tilstrekkelig tilbud finnes. Vi vil advare mot at diskusjon om kostnader kommer foran en faglig diskusjon av hva som er bra for pasienten. Det er også grunn til å være forsiktig med ordninger som gir mye oppmerksomhet på inntekter knyttet til enkelte pasienter. En betalingsordning øker risiko for konflikt mellom partene. Særlig bekymringsfullt er det at finansieringsgrunnlaget alene er basert på definisjonen av en utskrivningsklar pasient som ligger hos den ene parten. Dette kan slik sett være mer egnet til å fremme konflikt enn de gode samarbeidsløsninger som må baseres på likeverdighet og symmetri. Det er viktig å sikre at kommunene etablerer et tilstrekkelig tjenestetilbud før ordningen trer i kraft for fullt. Det er ikke lett å se at overføring av midler tilsvarende en realistisk døgnpris (sykehusets marginalkostnader?) alene kan føre til oppbygging av et kommunalt tilbud. Slik sett kan et alternativ til kommunal betalingsplikt være et krav til kommunene om å ha forsterkede plasser og et samarbeid med sykehuset i et lokalmedisinsk senter.

Avslutningsvis vil vi peke på at en eventuell ordning med kommunal betalingsordning for ferdigbehandlede pasienter ikke bør hindre at kommunen og HF avtaler seg imellom andre samarbeidsformer og eventuelle oppgjørsordninger. Vi har innenfor eget helseforetak sett mulighetene som ligger i tett samarbeid rundt utskrivningsklare pasienter, uten å bruke økonomiske oppgjørsordninger.

6. Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling

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

Forslagene er helt avgjørende for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingsforløp. Det er helt nødvendig med et sterkere grep om IKT og telemedisinske sentra for å innfri reformens intensjoner. Det må stilles krav til kommunene om å bruke helsenett. Det må lages en fremdriftsplan med nasjonale krav til hvordan kommunene skal rustes opp for å bruke elektronisk meldingsutveksling og telemedisin. Enkelte kommuner er kommet svært kort og vi ser behov for en handlingsplan for en nasjonal telemedisinsk tjeneste (tilsvarende nasjonal nødmeldetjeneste).

Vi viser for øvrig til omtalen av behandlingsansvar og tilgang til pasientopplysninger under punkt 3.1

Med vennlig hilsen

Marit Lund Hamkoll
Viseadministrerende direktør

Eva Håheim Pedersen
Samhandlingsdirektør

Journalført i Public 360°