



Helse- og omsorgsdepartementet
Pb. 8129 Dep.
0032 OSLO

Administrerende direktør
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
0440 Oslo
Sentralbord: 23 22 50 00
Besøksadresse:
Lovisenberggt. 17

Direkte telefon: 23 22 50 10
Faks: 23 22 50 23
E-post: post@lds.no
www.lds.no
Org. nr.: No 965 985 166

Deres ref.:

Vår ref.:
2010/577-5/LEFL/BJH

Arkivnr.:
127

Dato:
18.01.2011

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – Høring.

Uttalelse fra Lovisenberg Diakonale Sykehus AS.

Forslaget gjelder i hovedsak kommunene, men en del viktige forslag vil ha betydning for sykehusene med hensyn til samhandling, oppgavefordeling og finansiering. Vår uttalelse begrenser seg til de forslagene vi mener vil kunne være av vesentlig betydning for sykehusene.

En del forhold begrenser mulighetene for å gi presise og godt begrunnede vurderinger. Dette gjelder blant annet:

- På en del punkter fremgår det at departementet ikke er ferdig med sine vurderinger av forslagene.
- Noen forslag er generelt formulert og skal konkretiseres nærmere i forskrift. Det er vanskelig å vurdere hva forslagene egentlig innebærer før man ser hvordan de blir konkretisert.
- Det er store forskjeller i bruk av sykehustjenester i Norge avhengig av geografi og organisering for øvrig. Dette innebærer at en del av det som sies vedrørende endret oppgavefordeling og muligheter for dette vil være gyldig for deler av landet, men ikke for andre.

1. Fremtidens kommunerolle i forhold til spesialisthelsetjenesten (kapittel 12)

Man legger her til grunn at en relativt stor andel av innleggelser, liggedøgn og polikliniske konsultasjoner kan overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten, og at dette kan gjøres med minst like god kvalitet og billigere. De to siste punktene er ikke forsøkt dokumentert.

Når det gjelder bruk av sykehustjenester er det viktig å merke seg at det er store forskjeller internt i Norge. Eksempelvis viser SAMDATA fra 2009 at Telemark hadde 38 % flere innleggelser i somatiske avdelinger enn Hovedstadsområdet. Forskjellen i totalt antall DRG-poeng per tusen innbyggere var den samme, nemlig 39 % høyere i Telemark. Det er nærliggende å anta at dette skyldes forskjeller i praksis når det gjelder bruk av sykehustjenester. Et gjennomgående trekk i følge SAMDATA er at de store byene bruker vesentlig mindre sykehustjenester enn øvrige deler av landet. Det er lite trolig at dette skyldes mindre sykелighet i de større byene, men at det snarere henger sammen med geografiske organisatoriske forhold.

Observasjoner referert ovenfor viser at det ut fra teoretiske vurderinger er varierende muligheter for flytting av aktivitet fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

2. Særlig om kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp (kapittel 13).

Vi har problemer med å se at døgnåpne akuttmottak i kommuneregj vil kunne drives på en kostnadseffektiv måte med tilfredsstillende kvalitet. Kommunale døgnåpne øyeblikkelig hjelp enheter vil kreve en relativt betydelig bemanning i forhold til det antall pasienter som vil være aktuelle. Det vil mange steder bli en dårlig utnyttelse av personellressursene, noe som er meget uheldig sett i lys av den utviklingen vi ser for oss i helsepersonellmarkedet.

Vi er således imot et lovpålegg om kommunale øyeblikkelig hjelp enheter.

3. Kommunal medfinansiering (kapittel 30).

Vi er enig i at kommunal medfinansiering åpenbart er uaktuelt for kirurgiske fagområder, men kan vurderes for indremedisin, psykiatri, rus- og rehabilitering. Generelt er vi meget skeptisk til denne løsningen, spesielt innen somatikken. Basert på vår erfaring med drift av indremedisinsk avdeling i Oslo vil vi tro at gevinstpotensialet er lite, og mulighetene for mer byråkrati og problemer er store.

Når det gjelder psykiatri, rus- og rehabilitering tror vi mulighetene for å finne frem til kommunebaserte løsninger som reduserer bruken av spesialisthelsetjeneste er vesentlig større. Det er selvfølgelig viktig å finne frem til fornuftlige insentiver for å etablere slike løsninger. Ved eventuelle forsøk med kommunal medfinansiering er det viktig å finne løsninger som reduserer byråkrati og usikkerhet på begge nivåer.

4. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Vi er enig i at det er viktig å ha et samhandlingsfokus rundt utskrivningsklare pasienter. Det slås fast at utskrivningsklare pasienter er kommunens ansvar fra dag 1, men dette behøver ikke nødvendigvis å bety betalingsansvar fra dag 1. En slik ordning vil kunne bli krevende å praktisere med bibehold av gode samarbeidsforhold. Et forslag vil kunne være at betalingsordningen gjelder fra dag 3.

Når det gjelder uttak av midler fra sykehusene er vi sterkt uenig i at man skal legge til grunn kr. 5.000,- per døgn. En utskrivningsklar pasient i sykehus kan umulig representere denne kostnaden. Dette er jo pasienter som ikke får aktiv behandling, og som representerer

liten tilleggskostnad til sykehusets drift. Det vil være kritisk at det økonomiske uttaket blir korrekt. Et uttak som er større enn de reelle kostnadene knyttet til utskrivningsklare pasienter vil tvinge sykehusene til å gi en reduksjon i tilbudet til de øvrige sykehuspasientene.

Videre er det viktig å være klar over at dagens statistikker for utskrivningsklare pasienter ikke kan brukes idet praktiseringen av å registrere og rapportere utskrivningsklare pasienter er svært varierende. Det er viktig at både kommuner og sykehus involveres i et grundig arbeid for å finne frem til en god og transparent modell for finansieringen.

Vi mener loven bør åpne for at sykehus og kommuner kan avtale avvik fra lovens hovedregel om kommunalt betalingsansvar fra dag en.

5. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid (kapittel 14).

Helsetjenesten har begrensede muligheter for generell bedring av folkehelsen. Kommunehelsetjenesten har ansvar for og kan iverksette en del primærforebyggende tiltak, mens spesialisthelsetjenesten i større grad kan og bør konsentrere seg om sekundærprofylakse både i den individuelle pasientbehandling og gjennom lærings- og mestringssentra.

Positivt i høringsnotatet er at kommunens ansvar for folkehelsearbeidet defineres mye videre enn i dag i erkjennelsen av at vesentlige deler av folkehelsearbeidet dreier seg om løsninger og tiltak som må besluttet politisk. Ernæringspolitikk, politiske beslutninger i forhold til alkohol og andre rusmidler, sysselsettingspolitikk, boligpolitikk, samferdselspolitikk osv. Slike forhold er avgjørende for utvikling av den generelle folkehelse.

Vi savner imidlertid omtale av statens rolle som jo vil være helt avgjørende på en rekke av de nevnte områdene.

I det foreliggende høringsnotatet og ikke minst i samhandlingsmeldingen forutsettes det at fokus på forebyggende helsearbeid vil redusere behovet for helsetjenester generelt og spesialisthelsetjenester spesielt. Vi tror det kan være en mulighet for å oppnå dette når det gjelder psykiatri og rus, men ikke når det gjelder somatikk. Med riktig satsing på forebyggende helsearbeid vil man forvente at flere mennesker får lengre perioder med et godt liv, men før eller siden vil alle dø og dette skjer vanligvis etter en kortere eller lengre sykdomsperiode. Vi tror således at fokus på forebyggende helsearbeid vil gi positive gevinster, men at det ikke vil redusere kostnader eller behovet for spesialisthelsetjenester innen somatikk, snarere tvert imot.

Vi mener erfaringene støtter denne vurderingen. Vi har aldri hatt så god folkehelse som i dag, men det er lite som tyder på at dette har medført kostnadsreduksjoner, eventuelt lavere kostnadsvekst i helsevesenet.

6. Lovfesting av avtalesystem mellom kommunene og regionale helseforetak (kapittel 25).

Vi støtter alle tiltak som kan lette og strukturere samhandling mellom kommune og

sykehus. Alle parter ikke minst pasientene vil være tjent med dette. Våre erfaringer fra Lovisenberg sykehussektor er at dette er nyttige virkemidler.

Med vennlig hilsen
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS



Lars Erik Flatø
administrerende direktør



Bjørn Holm
viseadm. direktør/sjeflege

Vedlegg: Kopi av side 102 og 103 fra SAMDATA 2009

9.4 Tabeller

Tabell 9.1 Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester etter omsorgsnivå. Pasientbehandlinger per 1 000 innbyggere, 2008 og 2009.

Bostedsområde	Innleggelser		Dagopphold		Polikliniske kons.		DRG poeng i alt	
	2008	2009	2008	2009	2008 [*]	2009	2008	2009
Helse Sor-Øst	181	177	119	122	863	883	242	243
Helse Vest	176	173	99	106	786	802	221	222
Midt-Norge	179	175	124	129	984	974	248	245
Helse Nord	195	188	120	120	998	963	253	245
Alle regioner	181	177	116	120	877	887	239	239
Østfold	191	183	111	116	706	805	237	240
Hovedstadsområdet	166	162	115	120	866	873	218	217
Innlandet	194	194	114	117	856	881	270	272
Vestre Viken	176	171	126	126	857	869	241	243
Vestfold	178	182	134	130	942	925	252	261
Telemark	237	224	128	135	972	997	306	302
Sorlandet	180	176	116	122	895	918	243	244
Stavanger	155	154	95	99	697	696	195	199
Fonna	202	204	98	113	832	866	243	249
Bergensområdet	175	168	103	109	769	782	224	222
Førde	208	198	99	102	1 046	1 094	252	249
Sunnmore	190	186	122	144	1 006	1 002	254	257
Nordmore og Romsdal	198	191	125	123	1 129	1 109	274	266
St. Olavs Hospital	162	160	124	125	969	961	231	228
Nord-Trøndelag	189	183	125	127	870	858	257	253
Helgeland	216	205	140	138	1 151	1 151	280	277
Nordland	205	198	118	124	898	878	256	251
UNN	172	164	121	114	1 032	955	237	222
Finnmark	215	212	104	110	935	942	257	258
Totalt	181	177	116	120	877	887	239	239

^{*} Det er benyttet NPR meldingsformat i 2008 for at data skal være sammenlignbare med 2009.

Tabell 9.2 Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester etter hastegrad og type behandling¹. Innleggelser og dag-opphold i alt per 1000 innbyggere. 2008 og 2009.

Bostedsonråde	Planlagte opphold				Oyeblikkelig hjelp			
	Kirurgiske DRG		Ikke-kirurgiske DRG		Kirurgiske DRG		Ikke-kirurgiske DRG	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Helse Sor-Øst	66	66	108	107	17	17	97	97
Helse Vest	66	62	81	87	17	18	99	100
Helse Midt-Norge	71	70	98	102	21	20	103	100
Helse Nord	69	69	108	104	21	20	107	104
Totalt	67	66	101	102	18	18	99	99
Østfold	67	70	97	93	18	17	111	109
Hovedstadsområdet	54	55	105	108	16	15	90	87
Innlandet	72	72	108	111	18	17	105	106
Vestre Viken	74	72	113	103	16	18	89	95
Vestfold	70	72	119	116	18	18	96	97
Telemark	81	78	134	127	20	24	120	120
Sørlandet	67	70	101	102	18	18	98	96
Stavanger	66	63	73	73	15	17	81	86
Fonna	73	68	87	108	17	17	112	113
Bergensområdet	60	56	82	88	18	18	104	103
Forde	76	72	91	92	18	18	110	108
Sunnmore	73	77	105	119	19	18	104	103
Nordmore og Romsdal	76	74	104	104	23	21	111	105
St. Olavs Hospital	67	65	91	95	20	19	96	94
Nord-Trøndelag	70	69	98	102	23	22	111	106
Helgeland	76	80	121	111	24	21	125	120
Nordland	69	67	111	114	20	20	111	110
UNN	63	63	103	92	20	19	94	93
Finnmark	76	76	98	109	22	22	111	103
Totalt	67	66	101	102	18	18	99	99

¹ Fullbårne nyfødte (DRG 390 og DRG 391) er ekskludert. Elektive kirurgiske opphold er inklusive private spesialister inkl. i ISF.