

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato:

Saksbehandler:

Eli Hansen

## Høring – Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 18.10.10 samt høringsutkast på nettsiden "Framtidens helsetjenester"

### 1 Høringsprosessen

Helse Sør-Øst har gjennomført en bred involvering av foretak og private sykehus med avtale, samt regionalt brukerutvalg, fagråd og andre nettverk i regionen i forbindelse med høringen. Disse var bedt om å gi innspill til Helse Sør-Øst RHF mht. Ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, ny lov om folkehelse, samt Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Det var anmodet om at foretakene inkluderte lokale brukerutvalg og samarbeidsutvalg i arbeidet.

Det er også gjennomført en erfaringskonferanse om veiledning/kompetansebygging med deltakelse fra helseforetak, kommuner, høyskoler og brukere. Innspill fra denne konferansen er også lagt til grunn for vårt svar.

Høringsinnspill fra regionalt brukerutvalg, helseforetak og fagråd er vedlagt dokumentet.

I tråd med oppdraget sender vi separate høringssvar på de to lovforslagene. Denne uttalelsen til Nasjonal helse- og omsorgsplan ("Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle") ligger til grunn for uttalelsene om lovforslagene. Vi har her trukket inn og vektlagt de overordnede planer og strategier som foretaksgruppen selv har lagt for egen virksomhet og brukermedvirkning, samt vårt samarbeid med kommunal sektor og samhandlingen med kommunale tjenester. Uttalelsen følger planens kapitel-inndeling.

Vi vil samtidig berømme departementet for en bred og åpen høringsprosess og god informasjon i arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan og gjennomføringen av Samhandlingsreformen.

## 2 Utviklingen og utfordringene

Helse Sør-Øst RHF registrerer at beskrivelsen av utviklingstrekk, utfordringer og mål i Nasjonal Helse- og omsorgsplan er i svært god overensstemmelse med plan for strategisk utvikling mot 2020 og underliggende planer og strategier som Helse Sør-Øst selv har lagt de siste årene. I disse planene har vi vektlagt kvalitet, medvirkning fra brukere og ansatte og prioritering samt behovet for koordinering blant annet gjennom gode pasientforløp og harmonisering av behandling som en grunnleggende forutsetning for en sammenhengende helsetjeneste.

I arbeidet for å etablere en felles forståelse i kommuner og helseforetak av utfordringsbilde, løsningsforslag samt ønsket måloppnåelse, har vi hatt fokus på de grunnleggende nasjonale verdier som kvalitet, respekt og tillit som i vårt samarbeid med kommunene har betydning; likeverdighet mellom partene, respekt for hverandres utfordringer og ansvar, samt bred medvirkning ved planlegging og organisering.

Slike forutsetninger er nærmere beskrevet i flere vedtak i Helse Sør-Øst RHF, bl.a. i:

- Styresak 130/2008: Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009-2020
- Styresak 38/2008. "Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen"
- Styresak 108/2008 "Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen"
- Styresak 044/2010: Regionale utviklingsområder for rehabilitering
- Styresak 045/2010: Regionale fokusområder for habilitering
- Styresak 046/201; Regionale fokusområder for tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)
- 061/2010: Regionale utviklingsområder for psykisk helsevern
- Styresak 067/2008: Spesialsithelsetjeneste for eldre – handlingsplan 2010 - 2020
- Styresak 085/2010: Funksjonsfordeling innen kreftsykdommer i Helse Sør -Øst
- Styresak 033/201: Fokusområder for samhandling 2010-2013
- Samhandlingsprogrammet Helsedialog.
- Styresak 037/2009: 13 prinsipper for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst
- Styresak 067/2008: Omstillingsprogrammet – innsatsområde 5- Mobilisering av medarbeidere. 12 prinsipper for medvirkning i omstilling.

Helse Sør-Øst har lagt den Nasjonale kvalitetsstrategien til grunn for sitt arbeid og vil måle effektene av omstillingen i tråd med de mål som er satt opp i denne strategien;

- Målet er å sikre kvalitet i tjenestene. De skal være:
  - virkningsfulle (fører til helsegevinst)
  - trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
  - involverer brukerne og gi dem innflytelse
  - samordnet og preget av kontinuitet
  - utnytter ressursene på en god måte
  - tilgjengelig og rettferdig fordelt

På denne måten er Plan for strategisk utvikling 2008-202 – regionenes omstillingsprogram og samtidig vår kvalitetsstrategi. Helse Sør-Øst vil foreslå at den Nasjonale kvalitetsstrategien videreføres og legges til grunn for den nasjonale Helse – og omsorgsplanen.

Strategidokumentene har vært brukt målrettet for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med "sørge for"-ansvaret, iht. helseforetakslovens

bestemmelser, lov om spesialisthelsetjenester, nasjonal helseplan mv.. Det langsiktige målbildet for 2008-2020 har vært supplert med prioritering av innsats i et kortere 4-årig perspektiv. Strategisk fokus ble utformet for perioden 2009-2012 og har senere vært rullert hvert år for å fange opp styringssignal fra eier og endringer i behov. I styresak 075-2010 har Helse Sør-Øst for første gang satt disse strategiene inn i en Økonomisk langtidsplan for perioden 2011-2014.

Innenfor helseregionen har Helse Sør-Øst videreutviklet og tydeliggjort sitt ”sørge for”-ansvar for befolkningen. De mest spesialiserte funksjonene skal i hovedsak skje ett sted i regionen, for å sikre optimal kvalitet i tjenestetilbudet. Ellers er regionen nå inndelt i 7 sykehusområder, og målet er at innbyggerne skal få utført 80-90 % av sine behov for spesialisthelsetjenester i eget sykehusområde. Omstillingsprogrammet har også sterkt fokus på samhandling med kommunene og utvikling av desentraliserte tjenester i samarbeid med kommuner og brukere. Ett av hovedmålene med omstillingsprogrammet har vært å ”sentralisere det vi må – desentralisere det vi kan”. Selv innenfor Helse Sør-Øst og våre sykehusområder vil dette kunne gi ulike løsninger. Den nasjonale helse- og omsorgsplanen må derfor skissere hvordan generelle og overordnede krav til kvalitet og tilgjengelighet kan tilpasses ulike geografiske og befolkningsmessige utfordringer. Kravet til likeverdige tjenestetilbud må derfor kunne innfris ved at løsningene ivaretar definerte krav til kvalitet og forsvarlighet.

Helse Sør-Øst RHF registrerer at problemstillinger rundt samhandlingsreformen er viet stor oppmerksomhet i de tema som er presentert for høring. Likevel er formålet med planen langt videre og omfatter hele helsetjenesten. Planen er å forstå som et overordnet styrende dokument, jfr. høringsbrevet, der det bl.a. står at:

- Nasjonal helse- og omsorgsplan skal bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester.
- Nasjonal helse- og omsorgsplan skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk dokument for helsetjenesten.

I denne høringsuttalelsen vil Helse Sør-Øst RHF prøve å kommentere både planforslagene og forslagene til gjennomføring av samhandlingsreformen. Innledningsvis vil vi konstatere at de nasjonale forslagene passer svært godt med de utviklingsperspektiver og -planer som helseregionen selv har bygd på. Men i nettutgaven er den nasjonale helse- og omsorgsplanen delt i enkelttemaer, og vi vil understreke et stort behov for at den omskapes til en overordnet og styrende nasjonal plan med vekt på kvalitet, helhet, sammenheng og prioritering. I særlig grad savner Helse Sør-Øst RHF en omtale av hvordan tjenestetilbudet og ressursinnsatsen skal prioriteres for å sikre gode og likeverdige tjenester for befolkningen.. Befolkningens forventninger og medisinenes muligheter øker. Det framtvinger faglige og helsepolitiske prioriteringer og vil være enklere dersom det blir gitt klare føringer gjennom den nasjonale planen.. Den nye helse- og omsorgsplanen bør derfor bli langt tydeligere i sine forslag til prioriteringer og ressursdisponeringer.

### **3 Gjennomføring av samhandlingsreformen**

Det er lagt opp til at helseforetak og kommuner sammen skal utvikle tilbudet innenfor sykehusområdet med stor grad av selvstyrte lokale løsninger. Helse Sør-Øst RHF har derfor utviklet regionale samarbeidsavtaler med KS og Oslo kommune med utgangspunkt i den nasjonale avtalen mellom HOD og KS, samt faste kontaktmøter mellom partene. I alle sykehusområdene er det gjennom flere år etablert tilsvarende lokale samarbeidsavtaler på styrings- og tjenestenivå med alle kommuner og bydeler, samt at det er etablert strategiske

samarbeidsutvalg med representasjon også fra brukerne i tråd med styrets vedtak i sak 108/2008..

Helse Sør-Øst har siden etableringen satt av midler til utviklingstiltak innenfor samhandling bl.a. via Helsedialogprogrammet og midler til samhandlingsforskning ( ca 20 millioner i 2010) samt søkbare midler til innovasjon..

Vi registrerer at det er bred enighet om målene i samhandlingsreformen:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

Vi deler i all hovedsak utfordringsbildet som er presentert, innretningen på tiltakene knyttet til forebygging, flere oppgaver til kommunene og helhetlige pasientforløp. På utvalgte steder i uttalelsen vil vi likevel trekke fram og omtale noen spesielle utfordringer knyttet til:

- Samhandlings- og kompetansemessige forhold, herunder kompetanse- og rekrutteringsbehov, IKT og tilgang på informasjon.
- Organisatoriske og avtalemessige forhold, herunder lover, avtaler og beslutningsstrukturer, organisering av tjenestene og forebygging.
- Økonomiske forhold, herunder medfinansiering, dagens finansieringsordninger og behov.

Samhandlingsreformen legger opp til en betydelig omlegging av helsetjenestene. Etter mange år med sentralisering og sterk vekst i spesialisthelsetjenesten, satses det nå på å snu en utvikling gjennom økt vekt på forebyggende helsearbeid, og med satsing på at behandling og oppfølging skal skje nærmere pasientens bosted.

Omleggingen innebærer en overføring av ansvaret for en del tjenester fra dagens spesialisthelsetjeneste til kommunene. Desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes og desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud skal videreutvikles. I tillegg skal det utvikles et desentralisert tjenestetilbud med vekt på Lokal- og distriktsmedisinske sentra, samtidig med at spesialisthelsetjenesten skal rendyrke sine spissfunksjoner.

For å få til denne utviklingen, er det lagt opp til en rekke virkemidler med hovedvekt på økonomi, lovverk, avtaler, flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, samt økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon. Dette får konsekvenser for dagens spesialisthelsetjeneste, som vil måtte endre seg, både med hensyn på innhold, ledelse og organisering, bruk av kompetanse og kapasitet.

En styrket og mer kompetent primærhelsetjeneste bør kunne gi økt samlet kvalitet, nærhet i tjenestene og mindre etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Det er imidlertid ikke entydig vist at resultatet blir slik, idet erfaringer også kan tyde på at etterspørselen etter sykehus og spesialister i en del tilfeller øker. Bare i perioden 2002-2008 økte mengden henvisninger med 37 % og i løpet av 2006-2008 har vi sett en tredobling av henvisning innen tverrfaglig

spesialisert rus. Flere potensielt og reelt syke blir oppdaget tidligere på grunn av bedre diagnostikk og økt kunnskap i befolkningen, samtidig som forventningene og kunnskapen øker om hva spesialister kan bidra med. Disse problemstillingene er lite omtalt. Vi kan heller ikke se at det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon mht. hvorvidt økt satsing på forebygging faktisk fører til et mindre forbruk av helsetjenester. Vi mener likevel det ligger et stort potensiale både i primær og sekundærforebygging for å redusere sykkelighet, øke livslengde og mestring ved kronisk sykdom.

I denne sammenheng vil Helse Sør-Øst RHF understreke at ledelse, god virksomhetsstyring, *organisering* og *standardisering* har vært sentrale og viktige virkemidler i foretaksreformen for å kunne sikre fokus på kvalitet, god økonomisk styring, riktige prioriteringer og økt tilgjengelighet til helsetjenesten. Vi ser det som helt avgjørende at disse forholdene vektlegges også når kommunale tjenester nå skal bygges ut og styrkes.

Høringsgrunnlaget mangler også en erkjennelse av klart ulike utfordringer for helsetjenesten i ulike deler av landet. Helse Sør-Øst omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, og er en sammensatt region med drøyt 2,7 av landets 4,9 mill. innbyggere. I planen savner vi bl.a. en beskrivelse av særskilte utfordringer i hovedstadsområdet, spesielt fordi området omfatter nesten 1/3 av landets innbyggere, hvorav en langt høyere andel innvandrere (20 fra ikke-vestlige land enn i resten av Norge og større sosial ulikhet (forskjell på 13 år i gjennomsnittlig levealder), høyere befolkningsvekst og større forekomst av rusmiddelmissbrukere. 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 og utnytte de mulighetene for å tilpasse tjenestene til behovet i en storby.

Dette er en av begrunnelsene for at Helse Sør-Øst tror at det ville vært klokt med 2 – 3 piloter i regionen.

For å sikre at de virkemidler og tiltak som gjennomføres faktisk har effekt er det derfor svært viktig å utvikle tiltak for gode analyser og dokumentasjon, spesielt mht. effekten av forebyggende tiltak, behandlingsprogrammer/pasientforløp og samhandlingsrutiner. Vi viser for øvrig til vedlagte høringsuttalelse til ny folkehelselov.

Vi vil også understreke behovet for forskning og innovasjon knyttet til reformen for å kunne lære og forbedre etter hvert som resultatene kommer.

## **4 Folkehelse**

Arbeidet for å fremme folkehelse og motvirke sosial ulikhet i helse er avhengig av at tjenestenivåene har god oversikt over egen befolkning. I et regionalisert helsevesen ivaretas ”sørge for”-ansvaret for befolkningen i et geografisk område nettopp gjennom en sammenhengende og samarbeidende tiltakskjede, og der kommunene er både nærmest befolkningen og har politiske virkemidler til å påvirke folkehelsen.

Helse Sør-Øst RHF støtter derfor departementets forslag om innføring av kommunalt ”sørge for”- ansvar og at kommunene har hovedansvaret for folkehelsearbeidet. I lov om spesialisthelsetjenester fremgår det av formålsparagrafen at tjenestene blant annet skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Til nå har denne innsatsen vært begrenset, og hovedsakelig konsentrert om sekundærforebygging knyttet

til behandling av visse lidelser, særlig systematisert i Lærings- og mestringssentra (LMS) ved alle helseforetak, samt tertiærforebygging gjennom spesialisert rehabilitering.

Oslo universitetssykehus HF peker på problemstillingen i sitt høringsinnspill: ” Økt satsing på tiltak rettet mot endring av livsstil og levekår som kan ha sykdomsframkallende årsak er viktig. Spesialisthelsetjenesten forventes også å 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.”

Flere helseforetak påpeker at forebygging ikke er ISF-finansiert, og må finne sitt finansielle grunnlag gjennom kommunale eller statlige rammer i konkurranse med andre gode formål. Mye av det målrettede folkehelsearbeidet i kommunene har vært prosjektfinansiert via tilskuddsmidler, og det samme gjelder for foretakenes innsats i forebygging. Helse Sør-Øst RHF tror ikke at ISF-finansiering er nøkkelen, men økt innsats er avhengig av en tydeligere og mer forutsigbar økonomi.

Det er særlig to områder hvor kommunene etterspør hjelp og støtte fra helseforetakene:

1. Bidra med lokal, medisinsk ekspertise på lokale arenaer for utforming av folkehelseiltak
2. Bidra med lokalt kunnskapsgrunnlag i form av lokale epidemiologiske data.

Helse Sør-Øst RHF støtter lovforslaget om at kommunene fortsatt skal ha et hovedansvar for folkehelsearbeidet. I dette helsefremmende arbeidet kan helseforetakene bidra mer aktivt enn i dag, bl.a. med å gi kommunene mer systematisert kunnskap og data om helse- og sykkelighetstilstanden i sykehusområdet.

#### *Beredskap og smittevern*

Helse Sør-Øst RHF er enige i at Norge har god helsemessig beredskap for kriser og katastrofer. Vi har heller ikke omtalt disse forhold i vårt hørings svar til ny folkehelselov, siden spesialisthelsetjenestens ansvar for beredskap, smittevern og forsyningssikkerhet er forankret i annet lovverk.

Under smittevern vil vi fremheve betydningen av å prioritere kompetanse og tiltakene for å forebygge sykehusinfeksjoner. Helse Sør-Øst har reduksjon av sykehusinfeksjoner til under 3% som et av 5 t prioriterte mål i 2011(-14), i tråd med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.

## **5 Fremtidens kommunehelsetjeneste**

Helse Sør-Øst RHF har allerede i flere år basert sine planer på at en større del av tjenestene skal ytes av og i kommunale tjenester, der dette lar seg gjøre med samme eller bedre kvalitet. Forutsatt økt kompetanse og gode sammenhengende pasientforløp kan det på sikt bidra til å dempe presset på sykehusene.

Det er imidlertid en stor utfordring at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er så ulikt organisert. Det er mange kommuner i Helse Sør-Øst, og de er svært ulike mht. størrelse, organisering og ressurstilgang. Kommunene har fokus på selvstyre og lokale løsninger, noe som kan være utfordrende når fellesløsninger og samarbeid mellom mange kommuner og sykehus skal utformes. En av suksessfaktorene etter innføring av foretaksreformen har vært en

standardisering og koordinering av spesialisthelsetjenesten. Det hadde vært ønskelig med en tilsvarende koordinering og standardisering på kommunal side, for lettere å kunne oppnå likeverd og forutsigbarhet mht. samhandlingen mellom nivåene.

Det er tradisjonelt store kulturforskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Spesialisthelsetjenesten har sterkt fokus på diagnoser, mens helse- og omsorgstjenesten i kommunene i større grad har fokus på funksjonsnivå. Dette er i liten grad problematisert i høringsgrunnlaget. Utvikling av samhandlingskompetanse, likeverd og kjennskap til hverandres tjenester vil være avgjørende for å lykkes med gjennomføring av reformen. Felles metoder for å måle kvalitet, tilgjengelighet og kapasitet vil være til stor hjelp for å skape et felles planleggingsgrunnlag i reformen. Pasientsikkerheten er tett knyttet til at riktig og oppdatert informasjon om pasienten foreligger for de som trenger det når de trenger det. Det er derfor svært vesentlig at det gjøres et løft på IKT område som sikrer sømløs overføring av pasientinformasjon mellom tjenestesteder og i framtiden tilgjengeliggjort for den enkelte pasient. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene bør gjenspeiles i en tilsvarende plikt for kommunehelsetjenesten i tråd med deres ”sørge for”-ansvar. Dette vil være viktig, ikke minst for å sikre likeverd med økt fokus på generalistkompetanse og et mer helhetlig pasientperspektiv også i spesialisthelsetjenesten.

Vi mener det er viktig at kommunale tjenester bygger på et ”sørge for”-ansvar tilsvarende det regionale helseforetak har for sin befolkning. I planen savner vi en nærmere regulering av skillet mellom de to ansvarsnivåene. Vi deler departementets oppfatning av at det vil være vanskelig å detaljregulere grenseoppgangen mellom kommunens og helseforetakenes sine ansvarsområde, og at det vil kunne gi statiske løsninger som i liten grad tar høyde for den faglige utviklingen i feltet. Vi mener likevel at loven tydeligere bør definere hovedregelen, og gi noen føringer for hvilke momenter som skal vektlegges når ansvaret må plasseres. Slik lovforslaget står nå kan det skape usikkerhet om hvilke tjenester den enkelte pasient kan ha rettskrav på.

Det vurderes som hensiktsmessig at partene i fellesskap utarbeider lokale planer for utvikling av sine tjenester. På denne måten sikrer man at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utbygges som ett helhetlig tilbud. I Helse Sør-Øst er vi godt i gang med dette, bl.a. ved utvikling av områdeplaner for de store tjenestene i hvert sykehusområde sammen med kommuner og brukere. Imidlertid er kommunesektoren svært variert mht. størrelse og ressurstilgang. Dette medfører at tiltak rettet mot noen kommuner, ikke er relevante for andre. Spesialisthelsetjenesten får dermed en stor utfordring mht. å tilpasse seg forskjellige behov i den enkelte kommune. For våre helseforetak blir det derfor viktig at den nasjonale planen bidrar til å fremme større likhet i kommunal sektor, også i måten tjenestene organiseres. Mange av våre helseforetak melder for eksempel at de savner et fast kontaktpunkt i hver kommune.

Det er uansett viktig at planer for utvikling av tjenestene har lokal forankring. Det bør etableres felles fora på styrings- og tjenestenivå for å sikre dette. I helseregion Sør-Øst har kommuner innen flere sykehusområder valgt å organisere seg sammen med nærliggende kommuner med felles representant i samarbeidsutvalget. Vi har eksempler på dette i bl.a. Innlandet, Østfold og Sørlandet.

## **5.1 Legetjenester i kommunene**

Innleggelse i sykehus styres i stor grad av fastleger og legevaktstjenesten. Det er derfor viktig at spesialisthelsetjenesten legger til rette for at fastleger og legevakt har muligheter for

konsultasjon og veiledning fra spesialister i sykehus. Ved kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp til døgnomsorg, forsterkede sykehjemsplasser, samt lokal- og distriktsmedisinske sentra vil legetjenesten i kommunene få flere verktøy å bruke der dette er formålstjenlig, for eksempel som alternativ til innleggelse i sykehus.

Helse Sør-Øst RHF mener for øvrig at det er nødvendig med en forskrift om kvalitetskrav til fastlege- og legevaktstjenesten, for å sikre utvikling av en høyere og jevnere kvalitet i tjenestene. Med sitt krav til innhold vil en slik forskrift også muliggjøre sanksjonering fra for eksempel helsetilsynet. Dette må ses i sammenheng ved behovet for utvikling av nasjonale standarder mht. hvilken hjelp pasienter bør få ved ulike tilstander uavhengig av om det er spesialist- eller kommunehelsetjenesten som utøver hjelpen. Det kommer økende dokumentasjon på store variasjoner i henvisningspraksis, og disse forskjellene må også møtes med andre kvalitetsfremmende tiltak. Det bør også vurderes større tilgjengelighet til fastlegekontorene for å redusere bruk av Legevakt til ikke akutte sykdomstilstander eller pasient veiledning. Dette vil i seg selv redusere henvisningene til spesialisthelsetjenesten og sikre større kontinuitet i tjenesten for pasientene.

## **5.2 Pleie- og omsorgstjenester**

Helse Sør-Øst RHF er enig i forslaget om at kommunene skal etablere en øyeblikkelig hjelp-ordning for døgntilbud i helse- og omsorgstjenesten. En slik ordning vil være egnet til å oppnå samhandlingsreformens intensjoner om færre sykehusinnleggelser, og at pasienter dermed tilbys helsehjelp etter LEON-prinsippet.

Helse Sør-Øst RHF vil fremheve at etablering av denne type døgntilbud må innrettes slik at pasientsikkerheten ivaretas. Ordningen kan innebære en risiko for at pasienter i kommunen ikke blir forsvarlig utredet ved at de legges inn i kommunale institusjoner uten tilstrekkelig medisinsk kompetanse. Det er derfor viktig å sikre at ordningen bare benyttes for pasienter som får et bedre eller like godt tilbud i kommunen som i spesialisthelsetjenesten. Etablering av et kommunalt tilbud må ikke bli til hinder for at pasienter som trenger akutt innleggelse på sykehus, blir innlagt. Ordningen må sikre at tjenestetilbudet er faglig forsvarlig, ved at det bygger på tilgjengelig diagnostisk, behandlings- og pleiemessig kompetanse. Etter vår vurdering er det derfor av stor viktighet å presisere at kommunens eventuelle plikt til å etablere døgntilbud til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, bare gjelder for pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling.

## **5.3 Rehabilitering og habilitering**

Disse fagområdene preges av til dels uklare grenser mellom spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. Det er derfor ønskelig med en faglig gjennomgang av innhold og funksjonsfordeling for disse tjenestene.

I Helse Sør-Øst har private opptreningsinstitusjoner en stor plass, spesielt i rehabilitering. Det pågår et arbeid ("tilordningsprosjektet"), der målet er å integrere bl.a. deres arbeid bedre med det helseforetakene og sykehusene gjør på området. Det er fortsatt en del variasjon i faglig kvalitet og faglige ressurser, og institusjonene har et faglig innhold og tilbud som grenser mot førstelinjetjeneste.

Helse Sør-Øst har et mål om å styrke rehabiliteringstjenestene i alle sykehusområdene. I dette arbeidet inngår satsingen på gode pasientforløp, der behandling og rehabilitering skal ses i sammenheng. Det er samtidig et mål at en får etablert lokalbaserte rehabiliteringstilbud i



samarbeid med kommunene. Det vil være riktig å vurdere noen av opptreningsinstitusjonene i et slikt perspektiv.

De regionale helseforetakene er tillagt ansvar for kjøp av private helsetjenester innen rehabilitering, psykisk helse og rus. I Helse Sør-Øst har disse anskaffelsene et betydelig omfang og stor betydning for de samlede pasienttilbudene, og de har bidratt til å heve kvaliteten på de private tilbudene. Vi evaluerer jevnlig disse prosessene. I år har det vært ekstra oppmerksomhet om anskaffelsene og det er planlagt en bredt fundert evaluering som vil invitere inn mange interessenter. Vi vil gjerne bidra med våre erfaringer etter evalueringen til departementet.

## 6 Helhet og sammenheng

Her vil vi igjen peke på vår erfaring fra foretaksreformen med behovet for standardisering og fellesløsninger. Det vil være en utfordring å få til gode, likeverdige og symmetriske samarbeidsforhold, både organisatorisk og avtalemessig med såpass ulike parter både i størrelse men ikke minst i beslutningsstruktur..

Utfordringene i tilknytning til samhandling framover vil ligge i grensesnitt og overganger mellom nivåene. Vi vil fremheve behovet for et enda sterkere fokus på betydningen av tiltak, ikke minst behovet for innovasjon i forhold til ordninger som ivaretar kontinuitet i behandling og pasientsikkerhet i den kritiske overgangen mellom nivåene.

Vi har nevnt standardisering som et virkemiddel. Krav om avtaler og planer for å sikre pasientforløp kan være et eksempel. En må samtidig unngå at det skjer en "byråkratisering" av samhandlingen på individnivå. Avtaler og plandokument må suppleres med premiering av lederadferd som fremmer engasjement ut over egen ansvarslinje, økonomiske virkemidler som gir vinn-vinn tenkning og aktiv stimulering av utviklingsarbeid for å finne metoder som sikrer gode samhandlingsløsninger.

Mange av tiltakene i samhandlingsreformen er basert på at kommunen og spesialisthelsetjenesten skal løse oppgaver i fellesskap. Pr i dag er lovgivningen i liten grad innrettet for å etablere fellesløsninger mellom kommuner og helseforetak. I høringsvaret stiller Helse Sør-Øst RHF særlig spørsmål ved om lovforslaget i tilstrekkelig grad er innrettet for at den ønskede samhandlingen kan oppnås på en måte som i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til pasientsikkerhet, og for øvrig er i overensstemmelse med myndighetskrav.

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak kan hovedsakelig deles i to ulike former: Den ene formen er der helsetjenesten samarbeider etter hverandre i et pasientforløp. Ved den type samarbeid er målet at overgangen i ansvarsnivå skjer mest mulig "sømløst". Det er særlig fokus på tilstrekkelig og sikker informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene og tydelig ansvars plassering.

Den andre formen for samhandling er etablering av fellesløsninger, der kommunen og spesialisthelsetjenesten yter tjenester til pasienten samtidig eller i nært samarbeid. Ved god organisering av slike "1 ½ - linjetjenester" vil samarbeidet om tjenestene for pasienten fremstå som et hele. Samhandlingsreformen legger i stor grad opp til etablering av denne type fellesløsninger til beste for pasienten. For denne samarbeidsformen er det flere utfordringer, som i særlig grad gjelder forhold til felles drifting og / eller eierskap til slike løsninger.

Helse Sør-Øst RHF savner en nærmere gjennomgang av hva som skal til for at etablering av denne siste samarbeidsformen kan skje på en måte som ivaretar hensynet til pasientsikkerhet, og som også for øvrig tilfredsstillende lovkrav. Så vidt vi kan se, bringer ikke lovforslaget nye elementer inn for å løse dette. Vår vurdering er at regelverket i utgangspunktet setter begrensninger når det gjelder etablering av denne type fellesløsninger. Dette gjelder særlig spørsmål knyttet til felles tilgang til journal, samt ansvarsforhold og instruksjonsmyndighet. Disse forhold er mer utførlig omtalt i vårt hørings svar på forslaget til ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Etablerte avtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten forsøker å bøte på disse uklarhetene, men det er vanskelig å få avtaler som fullt ut løser de rettslige utfordringene etablering av fellesløsninger reiser.

Et hensyn som taler mot innføring av lovpålagt avtalebasert samarbeid, er at gjennomføringen vil være svært ressurskrevende både for kommuner og helseforetak. Oslo universitetssykehus HF viser i sitt hørings svar til at deres erfaring er at slik avtaleinngåelse tar uforholdsmessig lang tid og ressurser, og at det på grunn av kompromisser kan være fare for ansvarspulverisering. Det vil videre være uoversiktlig for pasienten å orientere seg i de ulike avtalene, og derved være vanskelig å finne frem til hvem som er ansvarlig for å yte den aktuelle tjenesten. Vi støtter derfor departementet i at det er viktig at avtalene gjøres mest mulig tilgjengelige.

Inngåelse av avtaler mellom HF og alle landets kommuner (noen i samarbeid), vil kunne føre til ulike løsninger, noe som kan utfordre det grunnleggende prinsippet om at pasientene skal ha lik tilgang til helsetjenester. Det kan også fort bli uoversiktlig for helsepersonell som skal etterleve og følge opp de ulike avtalene.

Helse Sør-Øst RHF mener, som fremhevet av Brukerutvalget i høringsuttalelsen, at den etablerte avtalestrukturen bør videreføres, dvs. med nasjonal rammeavtale mellom HOD og KS, og overordnede avtaler mellom regionalt helseforetak og KS i fylkene med angivelse av hvilke lokale tilpasninger HF og kommuner kan avtale.

## **6.1 Desentraliserte spesialisthelsetjenester**

Sentralisering og desentralisering av helsetjenester er et viktig tema i høringsgrunnlaget. Vi mener at det er bred enighet om prinsippene, men at det bør framheves enda sterkere hva som skal skje noen få steder og hva som kan skje mange steder. Det er ikke tilstrekkelig å kreve at spesialisthelsetjenesten skal endre seg i takt med endringene i kommunehelsetjenesten, samt være tilgjengelig og understøtte kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal rendyrke egne spesialistfunksjoner, samt etablere desentrale løsninger. Dette kan synes å være krav som strider mot hverandre.

Utvikling av desentraliserte tjenester, sammen med kommunene, er som tidligere nevnt et viktig virkemiddel i Helse Sør-Østs strategi fram mot 2020. Distrikts- og lokalmedisinske sentra er under utvikling flere steder i regionen. Høringsgrunnlaget sier at samlokalisering av desentrale spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester som legevakt, observasjonssenger, allmennlegetjenester mv. vil være ønskelig. Helse Sør-Øst RHF er enig i at dette vil være viktig for å lykkes med samhandlingsreformen, og i denne sammenhengen vil mange av lokalsykehusene være aktuelle samhandlingsarenaer. Med de juridiske begrensningene som

ligger for eierskap, vil dette reise problemstillinger som må løses med politiske prosesser og juridiske virkemidler.

## **6.2 Finansiering av helsetjenesten**

Hovedspørsmålet mht. de økonomiske virkemidlene, er om de understøtter samhandling hos alle tjenesteytere. Helse Sør-Øst RHF mener at de foreslåtte økonomiske virkemidlene i for liten grad gjør dette.

Planen tilsier at økonomien i kommunal sektor skal styrkes for å ivareta de nye oppgavene, mens veksten i spesialisthelsetjenesten skal bremses. Den kommunale økonomien skal styrkes gjennom 3 hovedgrep:

1. Generell styrking av kommuneøkonomien gjennom økning av rammen.
2. Rammeoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene for å ivareta utskrivningsklare pasienter.
3. Kommunal medfinansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten

En hovedbegrunnelse for pkt. nr 2 og 3 er behovet for økonomiske insentiver som kan stimulere til utvikling av nye kommunale tilbud og redusere presset på spesialisthelsetjenesten.

Det sentrale spørsmålet er om den finansieringsmodellen som er skissert er robust nok til å kunne gi det resultatet som forventes. Helse Sør-Øst RHF vil peke på følgende forhold knyttet til medfinansieringsmodellen med kommunene som spesielt utfordrende:

Det er ikke foreslått andre aktive styringsvirkemidler enn den kommunale medfinansieringsmodellen for å sikre at kommunene prioriterer å løse de oppgavene som kan avlaste spesialisthelsetjenesten. Forslaget om å pålegge utarbeidelse av planer i fellesskap med spesialisthelsetjenesten vil ikke alene kunne sikre dette. Helse Sør-Øst RHF oppfatter det som en svakhet at det ikke er lagt opp til tydeligere ansvars- og styringslinjer.

Samhandlingsreformen peker på nødvendigheten av større enheter enn de minste kommunene for å lykkes med en slik modell som er skissert, og er tydelig på nødvendigheten av interkommunalt samarbeid. Det ligger imidlertid ingen statlige føringer for å sikre at dette faktisk skjer. Flere helseforetak peker på at dette gjør at det synes lite hensiktsmessig å legge konkrete føringer på hvordan samarbeid skal gjennomføres, og etablere rigide løsninger i lovs form.

En overføring av relativt små midler årlig for å dekke de løpende kostnadene, vil ikke i særlig grad bedre kommunenes muligheter til å investere i infrastruktur og annen nødvendig kapasitet for å kunne ta imot de utskrivningsklare pasientene eller håndtere nye pasientgrupper. Innføring av en betalingsplikt og kommunal medfinansiering alene vil neppe bidra til særlig bedre måloppnåelse enn med dagens ordning.

Styrking av kommuneøkonomien (pkt.1) må derfor være tilstrekkelig til gjennomføring av nødvendige investeringer, eller det må finnes egne løsninger for finansiering av disse. Forslaget om kommunal medfinansiering innen de somatiske spesialisthelsetjenester forutsettes administrert gjennom bruk av dagens ISF-løsning. Det er ikke lagt opp til endringer i ISF-finansieringen, utover en reduksjon i nivået, og innføring av kommunal medfinansiering. Helse Sør-Øst RHF stiller seg skeptisk til om et slikt stykkprisbasert

insentivsystem støtter ønskene om bedre og mer effektiv utnyttelse av den samlede kapasiteten, og økt nytte for den enkelte pasient. For helseforetaket har det liten eller ingen betydning hvor den aktivitetsbaserte finansieringen kommer fra, langt større betydning hvilket nivå den har.

Helse Sør-Øst RHF er av den formening at det er viktigere å diskutere hvilket nivå på aktivitetsbasert finansiering som best støtter de overordnede målene, som ikke bare dreier seg om samhandling, enn å fokusere på hvem som skal betale. Helse Sør-Øst RHF mener at dagens nivå for ISF er et riktigere nivå for å nå de samlede målene med ordningen, enn den foreslått reduksjonen.

Dagens ISF-ordning er ikke rettet inn mot helsefremmende og forebyggende aktiviteter. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at en fremtidig finansiell modell i større grad enn dagens løsning må favne områder som rehabilitering, ambulante tjenester, kronikerbehandling/-omsorg, samt forebyggende helsearbeid. Fokus for utvikling og etablering av økonomiske virkemidler som støtte for samhandlingsreformen burde således heller være disse områdene, enn på endringer innenfor allerede etablerte finansieringsordninger.

Den kommunale medfinansieringen bør treffe pasientgrupper der organiseringen av kommunale tjenester har størst påvirkning og relevans i forhold til bruken av spesialisthelsetjenester. Verken definisjonen medisinske pasienter over 80 år, eller alle medisinske pasienter synes å være gode definisjoner av pasienter der kommunal medfinansiering vil kunne medvirke for god måloppnåelse. Kommunal medfinansiering for pasienter som uansett har behov for og krav på akutt hjelp, diagnostisering og behandling i spesialisthelsetjenesten, synes direkte uhensiktsmessig.

Det bør arbeides med å få til definisjoner og en løsning som på en god måte treffer de riktige pasientgruppene. Dersom en får til dette, vil trolig det foreslåtte nivået på 20 % av kostnadene for disse pasientene være altfor lavt til å sette kommunene i stand til å finansiere de nødvendige investeringene og driften av tjenestene. Det vil dermed ikke fungere som insentiv etter intensjonen.

Det er ikke foreslått endringer i finansiering av psykiatri/rusfeltet – dette skal utredes, men det er kanskje her vi har de største utfordringene mht. samhandling.?

Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene som har gitt innspill til høringen ser i liten grad nytte av endringer i reglene rundt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Flere av helseforetakene har funnet gode løsninger på dette innefor eksisterende regelverk og retningslinjer, og de som fortsatt opplever utfordringer peker ikke på manglende økonomiske insentiver for å få dette på plass.

Dersom en skulle velge et system basert på en fast pris for denne betalingsplikten, bør det tilstrebes at prisen settes på et nivå som skal gjenspeile høyere kostnad enn kostnaden for ivareta pasientens behov hos de kommunale tjenestene.

Slik de økonomiske tiltakene totalt sett er innrettet, vil spesialisthelsetjenesten være helt avhengig av at kommunene lykkes med å ivareta de tiltenkte nye oppgavene. Sykehusstilbudet kan ikke bygges ned før en er sikker på at mottaksapparatet i kommunene er klart. Dette gir en type ”pukkelkostnader” i gjennomføringen av reformen, som det ikke er beskrevet noen finansiering for i høringsdokumentene. Dette representerer da et betydelig risikoelement for spesialisthelsetjenesten.

Det er Helse Sør-Øst RHF's innstilling at eventuelle økonomiske virkemidler må innføres gradvis slik at det blir muligheter for justeringer underveis

### **6.3 Psykisk helse og rus**

Helse Sør-Øst imøteser at kommunene i enda større grad bidrar til livskvalitet ved å fremme selvstendighet og egenmestring for innbyggere som sliter med rusmiddelavhengighet og psykiske vansker eller lidelser.

Foretaksgruppen vil selv sikre at akuttfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde. Arbeidet på disse tjenesteområdene skal videreutvikles og styrkes som en del av lokalsykehusfunksjonen (DPS), og Helse Sør-Øst RHF støtter at opptrappingsplanen for rusfeltet blir ytterligere forlenget med to år. Vi viser også til de vedtak som regionen har gjort i sak 108/2008 og regionale planer for tverrfaglig spesialisert rus og psykisk helsevern.

## **7 Ny pasientrolle**

### **7.1 Pasientforløp og brukervedvirkning**

Med basis i den nye pasientrollen har brukerne sett det som svært viktig å ha stort trykk på arbeidet med å etablere gode og helhetlige pasientforløp. Helse Sør-Øst har erfart hvor viktig brukervedvirkning har vært på dette området, også for å justere og kvalitetssikre arbeidet.

Det presiseres i mange av høringsinnspillene fra foretakene, bla. Oslo Universitetssykehus HF, at diagnostisering og behandling hele tiden vil være under endring, og at det framover vil være en stor utfordring å få til en tilstrekkelig dynamisk styring av dette. Høringsgrunnlaget sier at utredning og behandling av sjeldent forekommende sykdommer skal sentraliseres, mens håndteringen av pasienter med hyppig forekommende sykdommer skal desentraliseres, men dette er ikke en fullgod beskrivelse av det som nå er utviklingstrekkene.

For eksempel skjer det en sentralisering av deler av pasientforløpet, utredning og akutt behandling, ved 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.

Helse Sør-Øst RHF har satset mye på å styrke Kontoret for fritt sykehusvalg, og vil gi støtte til forslaget om etablering av en felles helseportal for helseinformasjon til pasienter og brukere i Norge. Tjenesten bør ha solid helsefaglig bemanning innen hele spektret av helsetjenester, gjerne også med utvidet åpningstid. Samtidig er det viktig at en utvikler gode supplerende nettjenester, basert på brukerbehov og grensesnitt tilpasset brukerne, ved at en bygger på erfaringene fra Fritt sykehusvalg. Helseportalen må utvikles i tett samarbeid med brukerorganisasjonene, både i planlegging og implementeringsfasen.

Vi vil også understreke betydningen av å videreutvikle lærings- og mestringssentrene. De kan med fordel få en felles plattform med kommunene i opptaksområdet, men bygge på helseforetakenes erfaringer med læringsmetoder og kvalitetsutvikling.

Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt prioritere brukermedvirkning høyt. Og vil anbefale at det etableres utdanning av brukere for å sette de i stand til å bidra slik Helse Sør-Øst og FFO har gjort gjennom modulbasert brukeropplæring. Den nasjonale planen kan med fordel bruke de 13 prinsippene for brukermedvirkning som vi har vedtatt. De brukes på systemnivå i hele regionen, både av det regionale brukerutvalget og av brukerutvalgene på alle helseforetakene.

## **8 Kvalitet og faglighet**

### **8.1 Forskning og innovasjon**

Reformarbeidet vil gi store endringsprosesser, og må følges opp av og være nært knyttet til forskning av høy kvalitet. Dette gjelder forskning på samfunnssektorenes samlede tiltak rettet mot helsefremming og forebygging, samt helsetjenestens helhetlige tilbud når det gjelder behandling og rehabilitering, spesielt grensesnittene mellom tjenestenivåene.

Mange har også kritisert at kunnskapsgrunnet for samhandlingsreformen ikke er tilstrekkelig, og noen har betvilt om reformen kan rettferdiggjøres. Dette peker på et stort behov for å følge innføringen og gjennomføringen forskningsmessig. I tillegg til forskning på helsemessige effekter, trengs det et helhetlig forskningsfokus på selve samhandlingskjeden.

Innenfor helsetjenesten er det også nødvendig å styrke samordning av helseforskning og forskning på organisasjonsmessige faktorer, endringspsykologi, kvalitetsarbeid mv. Videre trengs en styrking av forskningsformidling og en systematisk strategi for å implementere forskningsresultater i praksis i helsetjenesten. Det er et stort potensiale for behovsstyrt innovasjon og ibruktakelse og utprøving av ny teknologi for å bidra til mestring og livskvalitet for pasientene i eget hjem og videre i pasientforløpet.

### **8.2 Kunnskap i helsetjenesten**

Alle planer i Helse Sør-Øst bygger på kravet om at helsetjenesten skal være kunnskapsbasert. Dette gjelder både kravene til kompetanse hos helsepersonellet, krav om kontinuerlig oppdatering av kunnskap og om bruk av kunnskapen.

Kravet om at forskningsbasert kunnskap skal omfatte hele helsetjenesten, også de kommunalt organiserte helse- og omsorgstjenester, er økende. Ikke minst vil samhandlingsreformen bidra til å skjerpe kompetanse- og kunnskapskravene til den kommunale helsetjenesten.

Flytting av oppgaver til kommunene, samt økt fokus på forebygging fordrer en stor satsing på kompetanseoppbygging i tjenestene. Dette må både skje ved hjelp av utdanning av personell med riktig kompetanse, samt rekruttering, videre- og etterutdanning og andre tiltak for å beholde disse. Det vil være helt avgjørende at man lykkes med dette for å oppnå reformens målsetting.

Med tanke på de store personellutfordringene som vi står overfor fra 2020, med langt større andel eldre og et prognostisert underskudd særlig av helsefagarbeidere, sykepleiere og bioingeniører, ser vi at bemanningsutfordringene i de framtidige kommunale helse- og omsorgstjenestene kan bli særlig krevende. Veiledningsoppgavene både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir avgjørende for å oppnå god kompetanseoppbygging.

Personellutfordringene vil også slå inn i dagens spesialisthelsetjeneste i og med at rekrutteringsbehovet langt på vei omfatter de samme personellgruppene. Kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjonene vil måtte samarbeide både om utnyttelse av eksisterende personell og for å sikre utdanning av personell med adekvat kompetanse, samt unngå konkurranse om personellressursene.

På bakgrunn av dette ser vi behovet for en nasjonal strategi for kompetanseplanlegging i helse- og omsorgssektoren, på tvers av forvaltningsnivåene. Kompetanse innen organisering og ledelse, systemkunnskap, samhandling og helhetstenkning, samt kunnskap om pasientforløp blir sentral grunnkompetanse for alle helse- og omsorgsutdanninger. Tradisjonell jobbgledning kan være ett av flere virkemidler, men vil totalt sett likevel ikke løse utfordringene: det er særlig helsefagarbeidere og sykepleiere vi kommer til å mangle. Ny teknologi har som oftest hatt liten innvirkning på organiseringen av helsetjenester, sammenlignet med andre typer virksomheter. Det tas i altfor liten grad ut gevinster av ny teknologi i helsesektoren. Å forske på og satse på teknologi som gir slik gevinst kan dermed være et godt virkemiddel.

### **8.3 Pasientsikkerhet**

Arbeidet med å styrke pasientsikkerheten inngår som en viktig del av det generelle kvalitetsforbedringsarbeidet. Helse Sør-Øst RHF har gitt dette arbeidet høyeste prioritet, også i sine spesifiserte mål for 2011-14, i tråd med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.

Vi gir også vår tilslutning til forslagene om å innføre nye bestemmelser om plikt til systematisk pasientsikkerhetsarbeid, både i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesteloven. Samtidig vil vi fremheve det nasjonale lærings- og rapporteringssystemet som foreslås utviklet og driftet i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det er da også positivt at meldesystemet for rapportering av uønskede hendelser blir tilgjengelig for Kunnskapssenteret, som et tydelig tegn på at hendelsene skal brukes aktivt i læring og forbedring. Helse Sør-Øst RHF vil ellers vise til mer utførlige synspunkter på meldeordningen gitt i vårt høringssvar til lovforslaget om helse- og omsorgstjenester.

### **8.4 IKT, e-helse og personvern**

Mål og virkemidler er som forventet og helt i tråd med vår regionale langtidsplan for IKT 2011-2014. Helse Sør-Øst er utålmodige etter å få raske løsninger, men vurderer likevel at ambisjonsnivået i den nasjonale planen er meget høyt hvis målbildet er begrenset til 2015. Dokumentene er i tillegg noe mangelfulle i forhold til beskrivelse av nå-situasjonen og utfordringsbildet. Samtidig er det vår klare oppfatning at samhandlingsreformen og målbildene krever et stort økonomisk "løft" (særlig knyttet til investeringer), hvis de ulike parter skal kunne levere det som er forventet.

I samsvar med vår regionale langtidsplan vil det fortsatt være mange utfordringer som ikke lar seg løse innen planens omfang, og som må adresseres utover planperioden. Herunder kan særlig nevnes gjennomgående innføring av strukturerte prosessorienterte journaler, kliniske beslutningsstøttesystemer, standardisert infrastruktur, telemedisinske løsninger m.fl.. Det mangler en vurdering av realisme knyttet til gjennomførbarhet og avhengigheter, for eksempel vedrørende kjernejournal og e-resept koblet til løsninger for intern forordning/medikasjon, kurve, standarder m.m..

Formålet med samhandlingsreformen virker å være å knytte aktørene (interessentene) tettere sammen og det forutsetter mer integrerte arbeidsprosesser og derav underliggende IKT-støtte. Interessentene er pasienter, pårørende, primærleger, spesialister, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenester.

Det er beskrevet en ønsket situasjon (målilde/visjon) og dagens situasjon, men det er ikke gjort en analyse som klargjør konsekvenser og muligheter nasjonalt og innen den enkelte helseregion. Dersom samhandlingsvisjonene skal realiseres i Helse Sør-Øst, bør man gjennomføre disse analysene for å identifisere konsekvensene for egen regional langtidsplan på IKT-området. Det er også nødvendig at det gjøres en nærmere gjennomgang av de rettslige begrensningene med hensyn til felles tilgang til journal, jfr. nærmere utdyping om dette i vårt høringsvar til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Når det gjelder mulige virkemidler, mener vi også at planen i for stor grad peker på systemer og infrastruktur – og i for liten grad på arbeidsprosess, organisasjonsutvikling og forutsetninger for å sette pasienten og dennes behov i sentrum.

Avslutningsvis vil vi igjen understreke at Helse Sør-Øst RHF svært gjerne vil bidra i arbeidet med å ferdigstille den nasjonale helse- og omsorgsplanen og i det fortsatte arbeidet med å realisere samhandlingsreformens intensjoner.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF

Bente Mikkelsen  
Administrerende direktør

Steinar Marthinsen  
Viseadministrerende direktør

#### Referanser:

1. [Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009-2020](#)
2. [Styresak 38/2008. "Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen"](#)
3. [Styresak 108/2008 "Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen"](#)
4. Samhandlingsprogrammet [Helsedialog](#).
5. Styresak 33/2010: [Omstillingsprogrammet – fokusområder for samhandling 2010-2013](#)

Vedlegg som ligger på følgende link: <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/hoeringer/Sider/side.aspx>

Høringsinnspill fra:  
Regionalt brukerutvalg(2)  
Oslo Universitetssykehus HF

Fagråd for rehabilitering  
Fagråd for Habilitering



Akershus universitetssykehus HF(2)	Fagråd TSB
Vestre Viken HF	Fagråd prehospitale tjenester
Sykehuset Østfold HF	Fagråd barn
Sørlandet sykehus HF	Fagråd nyfødtmedisin og svangerskapsomsorg
Sykehuset Innlandet HF	Fagråd for infeksjonsmedisin og smittevern
Sykehusapotekene	
HSØ-RHF – Høring: ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene	
HSØ-RHF – Høring: ny lov om folkehelse	