

NOU 2005:3

"Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste"

## Høringsuttalelse fra Kure epilepsisenter, Norsk Folkehjelp

### 1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

#### 7.1 Fastlegens rolle

Det er vanskelig å se for seg at fastlegen kan ha den koordinerende rolle slik arbeidsbyrden er i dag. Det kan virke som om fastlegen har nok med å ta unna de pasienter som til enhver tid er satt opp på time. Arbeid ut over den konkrete konsultasjonen ser ut til å bli nedprioritert. En koordinerende rolle krever tid til å sette seg inn i situasjonen og holde kontakten med de øvrige behandlingsinstanser.

#### 9.2 Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten

Utvalget peker på problemstillingen om legehjelp hos andre enn sin egen fastlege. Dette er veldig tydelig for institusjoner som er landsdekkende og hvor pasientene oppholder seg over noe tid. Helseplager som faller utenfor spesialistoppdraget skal henvises til fastlegen. Slik det fungerer i dag er vi avhengig av en velvillig legetjeneste i kommunen hvor institusjonen er tilhørende.

#### 10.4 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Konkurransetsetting vil kunne få konsekvenser for den samhandling som er ønskelig. Man kan fristes til å tenke på seg og sitt av økonomiske og strategiske grunner. Vi er derfor enige med utvalget i at stykkprisandelen reduseres.

#### 10,4,5 Forslag til endring i takst- og refusjonssystemet

Vi støtter at man gjennomgår finansieringsordningene for legemidler under opphold på institusjon.. Regelverket med unntak og spesialordninger for enkelte diagnoser og legemidler blir komplisert. Vi kan ikke se at det er formålstjenlig at noen diagnoser fremfor andre skal få endret finansiering under opphold på institusjon. Argumenter som "dyr medikamentell behandling" er ikke av prinsipiell art og krever en stadig definering av kronebeløp.

Vi ser for oss at under opphold på rehabiliteringsinstitusjoner finansieres dette som om man var hjemme eller i omsorgsboliger.

#### 7.5 Nærmere om (re)habilitering

Her kommer utvalget inn på "bedre og mer forutsigbar økonomi". En blanding av rammefinansiering og stykkpris er løsning man bør gå videre på. Interkommunale tjenester er også en god løsning.

#### 8.1.6 Betydningen av eierskap til tjenestene

De kontrakter private ideelle aktører har med kommune/region er kortsiktige. All risiko er lagt på de private. Dette gjør at det er vanskelig å tenke langsiktig. Investeringer må gjøres etter at kapital er avsatt eller man må låne penger med tro på inntjening underveis.

Dersom tjenesten er av en slik art at det offentlige må ha den, bør risikoen fordeles. Ideelle organisasjoner har ikke tradisjon for å være harde forhandlere for å tjene penger.

Prissetting av tjenesten er noe uklar innenfor rehabiliteringsområdet. Hvem bestemmer prisen? For landsdekkende institusjoner kan man komme i den situasjon at det fremforhandles ulike priser for regionene. Hver region forhandler for seg om tjenesteleveranse.

## **2. Forslag knyttet til pasientperspektivet**

### **10.2.2 Individuell plan**

Vi støtter at ansvaret for individuell plan forankres på kommunalt nivå og at det er en konkret instans som har dette ansvaret. Det vil ha avgjørende betydning for oss i spesialisthelse-tjenesten at vi vet hvem vi skal henvende oss til. Mange av våre brukere har ikke slike planer når de kommer til oss.

Vi støtter også de andre tiltakene for å styrke individuell plan og bruken av den.

Vi tror at det vil være en fordel for kommunen at man har egne ansatte som tar seg av individuell plan. Det vil gjøre det mulig å heve kompetansen internt på dette området.

### **10.2.4 Pasientopplæring og informasjon**

Utvalget peker på at innholdet i veiledningsplikten bør klargjøres. Dette støttes fullt ut.

## **3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere**

### **4.5 Krav om samhandling i regelverket**

Det er tilfeller der vi har uenighet med pasienten om hvor epikrisen skal sendes. Det bør i større grad avklares hvorvidt man er avhengig av pasientens samtykke og hvilke regler som skal gjelde. Dersom det er klart hvem som har det koordinerende ansvaret for pasienten, vil dette problemet bli flyttet til denne instans.

### **6.2.1 Pasienter med særlige behov for koordinering og samhandling**

Felles forståelse og ansvarsgruppe støttes. For å få til dette er det viktig at det koordinerende ansvaret er klart. Det er ikke nok at kommunen defineres som koordinerende instans. Det må være en konkret person eller instans innenfor kommunen.

Rygge 25.04.2005

Ottar Leines

Daglig leder Kure epilepsisenter