

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 28
Arkivkode: 500	Journ.dato 30.05.05
Avd.: KTA 3	Saksbeh.: EV
U.off.:	



Helse - og omsorgsdepartementet
PB 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref. SEM/FG/EH/ab/ tfa Deres ref 200500444

Dato 26. mai 2005

NOU: 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste

Generelle kommentarer

LHL, landsforeningen for hjerte og lungesyke har gjennomgått NOU: 2005:3 Fra stykkevis til helt. I det følgende vil vi gi våre kommentarer.

LHLs hovedsynspunkter

- LHL støtter Wisløff-utvalgets anbefaling om å redusere stykkprisandelen i finansieringssystemet.
- LHL støtter utvalgets forslag om gjennomgang av takstsystemet.
- LHL mener at folketrygdfinansiering sikrer tilgjengeligheten til tjenester på en bedre måte enn det som ville kunne bli tilfelle med et større lokalt ansvar.
- LHL er positive til forslaget om opprettelse av brukerråd etter kommunehelsetjenesteloven.
- LHL støtter forslaget om å styrke informasjonsarbeidet om individuell plan. Informasjonsarbeidet må også rettes mot ansatte i helse- og sosialtjenesten.
- LHL støtter utvalgets forslag om at kommunen skal ha hovedansvaret for å starte arbeidet med individuell plan.
- LHL støtter forslaget om at plikten til å delta i arbeidet med individuell plan tas inn i helsepersonelloven og i regelverket som regulerer virksomheten til andre kommunale, fylkeskommunale, statlige og private etater/ virksomheter.
- LHL ønsker en ytterligere utvidelse av pasientombudsordningen enn hva utvalget foreslår, til også å omfatte områdene helse, sosial, trygd, oppvekst og arbeid.
- LHL støtter utvalgets forslag om å målrette ordningen om pasientansvarlig lege.
- LHL er positive til utvalgets forslag om gjensidig forpliktende avtaler mellom kommuner og foretak.
- LHL mener utvalget må presisere hvem som skal mekle ved en eventuell uenighet ved utarbeidelse av gjensidig forpliktende avtaler.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke



Postadresse Pb 4375 Nydalen, 0402 Oslo
Besøksadresse Sandakerveien 99, Oslo

Telefon 22 79 93 00
Telefaks 22 22 38 33

E-post post@lhl.no
Internett www.lhl.no

Bankgiro 8200 02 33311
Organisasjonsnr. 940 190 738

- LHL støtter opp om forslaget om gjensidig veiledningsplikt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Innledning

LHL er positiv til forslag som stimulerer til bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Fra hjerte- og lungesykes ståsted har manglende faglig samarbeid ofte vært til hinder for et helhetlig tjenestetilbud. For eksempel har mennesker med kroniske lungelidelser altfor ofte blitt gående lenge uten å få sin lungesykdom diagnostisert og uten å bli henvist videre til nødvendig spesialistbehandling. Samtidig er det svakheter også i etterkant, blant annet fordi kommunchelsetjenesten ikke har prioritert å følge opp sitt ansvar for rehabilitering.

I utvalgets mandat fastslås det at samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er god nok. Dette drøftes ut ifra økonomiske rammebetingelser, ut ifra samhandlingen sett fra pasientens perspektiv og samhandlingen mellom tjenesteutøvere. I vedlagt høringsbrev fra Helsedepartementet, bes det om spesifikke tilbakemeldinger innen disse tre områdene. LHL følger departementets etterspurte oppsett og kommenterer det som er viktig for vår organisasjon. I vår uttalelse har vi valgt å gjenta Wisløffutvalgets forslag i kursiv under hvert avsnitt.

Generelt vil LHL berømme Wisløffutvalget for mange gode forslag som har til hensikt å bedre samhandlingen. LHL mener at brukerperspektivet generelt er godt ivaretatt, og har merket seg at FFO var representert i utvalget.

1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser.

Stykkprisbetaling

"Utvalgets vurdering er at Stortingets beslutning om å øke ISF finansieringen til 60 prosent vil øke samhandlingsutfordringene i helsetjenesten. Utvalget mener at samhandlingen i helsetjenesten er tjent med at stykkprisandelen reduseres".

LHL er enig med utvalget i at finansieringsordningene utgjør svært viktige rammebetingelser for helsetjenesten. LHL uttalte seg til Stortingets sosialkomite i forbindelse med stortingsmelding nr. 5 (2003-2004) vedrørende hovedstruktur for finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Vi mente det var riktig av Stortinget å fastslå fordelingen av tilskuddet slik at 60 prosent skulle gis som basisbevilgning og 40 prosent gis som stykkpris. LHL beklager at dette ble endret i forbindelse med statsbudsjettet for inneværende år. LHL mener Wisløff-utvalget gjør en helt riktig påpekning når det uttales at

"Utvalget har registrert en økende oppmerksomhet knyttet til inntektene i helsetjenestene. Det er tatt i bruk begreper (for eksempel "lønnsomme pasienter") som kan tolkes som en endring i styringskulturen. Dette er en utvikling der helsetjenesten

retter for stor oppmerksomhet på det ukompliserte, prosedyreorienterte og det som ikke er særlig samhandlingskrevende.” (NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt, side 143)

LHL støtter derfor Wisløff-utvalgets anbefaling om å redusere stykkprisandelen i finansieringssystemet. På denne måten vil finansieringssystemet lettere tilpasses behovene til mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Vårt forslag er å gå tilbake til 40 prosent stykkprisfinansiering i stedet for 60 som i dag.

Takst - og refusjonssystemet

”Utvalget foreslår at takstsystemet gjennomgås med sikte på å fjerne insentiver for oppstyking av behandlingene slik at det blir bedre nøytralitet i forhold til når ulike undersøkelser og vurderinger skal foretas”.

Utvalgets beskrivelse av takstsystemet som et svært oppstykket og komplisert regelverk, stemmer godt med de erfaringer som er formidlet til oss.

LHL har ved gjentatte anledninger tatt til orde for nødvendigheten av å få fram et takstsystem som i større grad ivaretar pasientenes behov. For pasientene er det vanskelig å ha oversikt over et system hvor behandlinger stadig har blitt stykket opp og tillagt egen takst med tilhørende egenbetaling. I tillegg kommer nye egenandeler som også medfører økte utgifter for pasientene. LHL mener derfor at det både ut fra et samhandlingsperspektiv og i et økonomisk perspektiv, er viktig å få fram et takstsystem som understøtter helhetlige tjenestetilbud med god samhandling mellom ulike nivåer. Aller viktigst er dette for mennesker med kroniske og sammensatte sykdommer.

LHL støtter utvalgets forslag om gjennomgang av takstsystemet.

Folketrygdfinansiering sikrer tilgjengelighet til tjenester

”Utvalget anbefaler at de regionale helseforetak og kommuner i større grad understøtter samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger. Gjennom en mer aktiv bruk av finansiering som lokalt virkemiddel vil også det lokale finansieringsanvaret bli tydelig”.

LHL var i mot at finansieringen av institusjonsbasert rehabilitering har blitt overført fra folketrygden til regionale helseforetak. En hovedbegrunnelse fra vår side er at rehabilitering som tjeneste lettere vil tape i kampen om ressursene i helseforetakenes stramme økonomiske situasjon. Det kan her legges til at denne saken ble avgjort mot et betydelig mindretall da den var til behandling i Stortinget. LHL har hatt tilsvarende standpunkt i forhold til finansiering av syketransport.

LHL var også mot at finansieringen av medisinsk oksygen og andre behandlingshjelpemidler i 2003 ble flyttet over fra folketrygden til regionale helseforetak. Overføringen har ført til at økonomien i større grad har blitt utslagsgivende ved valg av

løsninger. Samtidig har personell uten medisinsk kompetanse fått større innflytelse. Det er uklarerheter når det gjelder det som faller utenfor standardtilbudet. Ikke minst har man sett større fokus på standardiserte løsninger fremfor individtilpasset opplegg. LHL mener at oksygenpasientene har fått et dårligere tilbud enn tidligere og setter det først og fremst i sammenheng med finansieringen.

Utvalget tar til orde for å utrede en større omlegging av finansieringsordningene for kommunale helsetjenester i retning av et system som sterkere understøtter kommunen som bestiller av tjenester og kommunen som ansvarlig for å sørge for at befolkningen har et godt samlet helsetjenestetilbud. Begrunnelsen som utvalget peker på er *”det prinsipielt vanskelige i at flere tjenesteytere i helsetjenesten finansieres gjennom såkalte ”tredjeparts” ordninger.”* (NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt, side 143). Det sies også at større styring med de samlede ressursene gir kommuner og foretak bedre mulighet til å understøtte riktige prioriteringer i helsetjenesten.

Hvis en ser på utviklingen i helseforetakene siden sykehusreformen, er det først og fremst den alvorlige økonomiske situasjonen og ikke prioriteringene som har vært fremtredende i debatten. LHL mener det er all grunn til å advare mot en slik utvikling i forhold til kommunehelsetjenesten. Svært mange kommuner sliter med dårlig økonomi. Vi mener derfor at pasienttilbudet ikke vil være tjent med at en større del av finansieringen overføres lokalt. Dette mener vi understøttes av utviklingen når det gjelder oksygenbehandling, jf. ovenfor.

LHL mener at folketrygdfinansiering sikrer tilgjengeligheten til tjenester på en bedre måte enn det som ville kunne bli tilfelle med et større lokalt ansvar.

2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

Brukermedvirkning

Brukerutvalg

”Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven som i foretaksloven”.

Oppgavene for brukerutvalgene etter kommunehelsetjenesten blir å etablere kanaler for systematisk innhenting av brukernes erfaringer. LHL støtter utvalget i at ny lov hjemmel må inneholde krav om at kommunehelsetjenesten skal sørge for at virksomheter som yter helsetjenester og andre, etablerer rutiner for systematisk innhenting av brukernes erfaringer og synspunkter.

LHL mener forslaget er en styrking av brukermedvirkningen. Forslaget om brukerutvalg kommer i tillegg til vedtaket om å lovfeste kommunale råd for funksjonshemmede *jf St. meld nr 40 2002-2003*. Et kommunalt råd for funksjonshemmede er etter vår mening et

politisk råd som må omfatte *alle* saker som har med funksjonshemmede å gjøre. Et brukerutvalg vil primært gjelde saker innen helsesektoren.

En del små kommuner vil sannsynligvis oppleve utfordringer i forhold til rekruttering av brukerrepresentanter til både kommunale råd og brukerutvalg. I vår uttalelse til høring om *lov om råd eller annen representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for personer med funksjonsnedsettelse, m.v.*, påpekte vi at det må være mulig å velge interkommunale løsninger. På samme måte som for kommunale råd, må dette også kunne gjelde for representasjonen til brukerutvalg. Det er viktig at de minste kommunene får en medvirkningsmodell som lar seg gjennomføre.

LHL mener at det er viktig at det blir lagt til rette for samhandling mellom brukerutvalg etter kommunehelsetjenesten og kommunale råd for funksjonshemmede, uten at rådene koples sammen.

LHL er positive til forslaget om brukerutvalg etter kommunehelsetjenesteloven.

Individuell plan

"Utvalget foreslår at det iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov".

LHL representerer personer som må forholde seg til helse – og/ eller sosialvesenet, til både første og andrelinjetjenesten. Vilkåret for å få utarbeidet individuell plan, er at brukeren har langvarige og sammensatte behov, og at det er nødvendig med koordinerte tjenester. En del av de som er hjerte og lungesyke tilfredsstillende vilkårene til å få innvilget individuell plan.

LHL har erfart at det på landsbasis er store forskjeller når det gjelder individuell plan og kvaliteten på planene. Det bør derfor settes fokus på tiltak som kan styrke lik rett på individuell plan i hele landet.

Reglene for individuell plan har eksistert siden 2001. Likevel er det kun 10- 15 prosent av pasientene med rett til individuell behandlingsplan som har fått dette *jf. Nettavisen 12.04.05*. Individuell plan er et viktig verktøy for å fremme samhandling. Bedre samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten, vil gi pasientene et bedre helhetlig tilbud.

På denne bakgrunn støtter LHL utvalgets forslag om å styrke og målrette informasjonsarbeidet om individuell plan.

Samtidig vil vi understreke at informasjonsarbeidet – inkludert opplæring- også må rettes mot ansatte i helse- og sosialtjenesten.

Én instans ansvarlig for utarbeidelse av individuell plan

”Utvalget foreslår at kommunen skal være ansvarlig for arbeidet med individuell plan. Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt ha plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan når de yter tjenester til pasienter som har en slik rett”.

Wisløffutvalget går med andre ord inn for en endring i ansvarsforholdet rundt individuell plan. Slik det er i dag har både kommunen og spesialisthelsetjenesten et selvstendig ansvar for utarbeidelse av planen.

FFOs Rettighetssenter har erfaringer med at spesialisthelsetjenesten – på enkelte områder - er en særdeles viktig aktør i utarbeidelse av individuelle planer. Ut i fra disse erfaringene ser LHL at det er en fare ved at spesialisthelsetjenesten ikke lenger skal være en av de som har hovedansvar for utarbeidelsen av planen. Begrunnelsen er at en medvirkningsplikt kan oppfattes som en enda mindre forpliktelse til samhandling enn hva et delt hovedansvar er. Faren kan være at sykehusene unnlater å samarbeide ytterligere, til tross for at de vil ha en lovpålagt forpliktelse til samhandling.

Ordingen om individuell plan har eksistert i knappe fire år. Dette er ikke lang tid for å få implementert en ny ordning. Slik sett kan det virke uforholdsmessig tidlig å endre på regelen rundt ansvarsfordelingen om individuell plan. Samtidig viser tilsynsrapporter at dagens ordning med et delt ansvar for utarbeidelse av individuell plan ikke fungerer. Undersøkelser foretatt av Helsetilsynet viser at det er store avvik når det gjelder utarbeidelse av individuell plan i kommunene *jf Helsetilsynet 14.04.05: Manglende samhandling som årsak til avvikshendelse og pasientklager*. Det vises her til et avvik i mangel på utfyllende planer i kommunene på 65 prosent. Dermed er en stor del av pasientene allerede skadelidende.

Wisløffutvalget understreker kommunens viktige lokale rolle. Det er i kommunene brukerne bor, og det er i kommunene brukerne mottar de fleste tjenestene som det er behov for å koordinere og samordne. Kommunen har bedre oversikt over og nærhet til de ulike lokale tjenestetilbud og rammebetingelser enn det institusjonene i spesialisthelsetjenesten har.

Når både kommunen og helseforetaket har en selvstendig plikt til å sørge for utarbeidelse av plan, påpeker utvalget at dette i mange tilfeller har ført til at ingen har tatt ansvaret. Erfaringene så langt er at den ene part venter og ser om den andre part starter arbeidet med behandlingsplanen.

På bakgrunn av hva som framgår ovenfor, støtter LHL utvalgets forslag om at det må være én instans som har hovedansvaret for å starte arbeidet med individuell plan. LHL mener samtidig at det mest nærliggende er at det er kommunen som pålegges ansvaret.

Utvidet plikt til å delta i arbeidet med individuell plan

"Utvalget foreslår at plikten til å delta i arbeidet med individuell plan tas inn i helsepersonelloven og i regelverket som regulerer virksomheten til andre kommunale, fylkeskommunale, statlige og private etater/ virksomheter".

LHL støtter dette forslaget og mener at det vil kunne ivareta pasientens helhetsbehov på en langt bedre måte enn dagens ordning. Samtidig vil vi også framheve og støtte opp under forslaget om at det skal være nasjonal rapportering på bruk av individuell plan. Dette skal da gjelde for alle kommuner og foretak. LHL mener dette også vil kunne fungere som en kontroll med hvorvidt spesialisthelsetjenesten følger opp sin plikt til medvirkning.

Pasientombudsordningen

"Utvalget foreslår at dagens ordning med pasientombud utvides til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og tjenester etter sosialtjenesteloven".

Fra 1993 har det vært ansatt to jurister i pasientombudsstillinger i LHL. Ombudets arbeidsområder er å sikre – og forbedre hjerte- og lungesykes rettigheter ovenfor helsevesenet og i samfunnet forøvrig. Pasientombudenes erfaringer tilsier at det trengs en ytterligere utvidelse av ansvarsområdet for pasientombudene.

I LHLs kommentarer til St.meld. nr. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmende barrierer uttalte vi: *"LHL går inn for at man snarest igangsetter arbeidet med å etablere en ombudsordning som omfatter områdene helse, sosial, trygd, oppvekst og arbeid. En slik ombudsordning bør være uavhengig, lovfestet og statlig finansiert".*

LHL støtter en utvidelse av ombudsordningen. Samtidig mener vi at ansvarsområdet for ombudsordningen bør utvides enda ytterligere enn hva Wisløffutvalget foreslår. I tillegg til området helse og sosial, mener vi ordningen også bør omfatte trygd, oppvekst og arbeid.

Pasientansvarlig lege

"Utvalget foreslår at dagens ordning med pasientansvarlig lege tas ut som en generell ordning og avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse og/ eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester".

Wisløffutvalget presiserer at ordningen om pasientansvarlig lege ikke er evaluert, men viser til at Helsetilsynet i gjentatte tilsynsrapporter har påpekt at ordningen ikke etterlevs. Det samme går fram av artikkel i Tidsskrift Norske Lægeforening nr. 1, 2002;122 *"I ettertid ser man at ordningen er lettere å sette på papiret enn å sette ut i praksis"*. Wisløffutvalget ønsker derfor å innskrenke ordningen og gjøre den mer målrettet. På denne måten mener utvalget at ordningen vil bli mer gjennomførbar.

Det er liten tvil om at pasienter som har komplekse eller langvarige behov fra spesialisthelsetjenesten har de største behovene for faste kontaktpersoner. På denne bakgrunn er LHL langt på vei enig i en målretting av ordningen. Samtidig vil vi påpeke at "pasienter med langvarige og/ eller komplekse behov" ikke må tolkes innskrenkende.

LHL mener det er uklart hvorvidt utvalget har definert pasienter med komplekse og/ eller langvarige behov, men forstår det slik at det er forsøkt listet opp på utredningens s. 71. Av hva som framgår herfra, forstår LHL at både hjerte- og lungesyke vil falle inn under de pasienter som har krav på pasientansvarlig lege. Kronisk lungesyke må automatisk falle inn under komplekse/ og eller langvarige behov. LHL mener at når det gjelder hjertesyeke, som for eksempel er til kontroll to ganger per år, vil disse falle inn under kategorien "personer med kronisk og vedvarende sykdom, men rimelig bra funksjonsnivå".

LHL vil understreke at ordningen med primærsykepleier bør lovfestes på samme måte som primæransvarlig lege. Pasientene bør også ha mulighet til å bytte lege eller sykepleier dersom de ønsker dette. Dette er for øvrig i tråd med LHLs uttalelse til *NOU 1997:2 Pasienten først! Intern organisering og ledelse i sykehus*.

LHL støtter utvalgets forslag om å målrette ordningen om pasientansvarlig lege.

3. Forslag knyttet til samhandlingen mellom tjenesteutøvere

Gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtaler

"Utvalget foreslår å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå mer helhetlig pasientbehandling".

LHL mener at henvisningsordningen mellom primærlege og spesialist må fungere slik at pasienter er sikret en rask tilgang til spesialisthjelp. Samhandlingen må gi pasientene trygghet for et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud. LHL mener at utvalgets forslag om gjensidig forpliktende avtaler i større grad enn hva som er tilfellet i dag, kan bidra til bedre samhandling. Bedre samhandling gir bedre tilbud til pasientene.

I dag er de regionale helseforetakene forpliktet til å inngå avtaler med kommunene, gjennom departementets styringsdokument. Tilsvarende plikt foreslås nå for kommunene, i den hensikt å bidra til større likevekt mellom tjenestenivåene.

Det foreligger lite dokumentasjon på om nevnte avtaler virkelig styrker samhandlingen mellom tjenestenivåene. Likevel mener LHL at en pålagt gjensidighet vil kunne gi en viktig signaleffekt om ønske om mer likevekt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Utredningens omtale av avtalene er ikke omfattende. LHL mener at det burde gått fram hvem som skal mekle ved en eventuell uenighet mellom tjenestenivåene. For å sikre likhet på landsbasis bør man også sikre lik avtalemal.

Tiltak for å styrke rehabiliteringstjenesten

Når det gjelder rehabilitering viser LHL til at det er satt i gang arbeid med Nasjonal plan for helhetlig rehabilitering. Stortinget sluttet seg til tanken om en nasjonal plan allerede ved behandlingen av Rehabiliteringsmeldingen i 1999. LHL mener at en nasjonal rehabiliteringsplan må omfatte alle grupper av kronisk syke og funksjonshemmede. Planen må stimulere til samhandling, styrke kjeden i rehabilitering og medføre at bevilgningene til rehabiliteringsfeltet økes.

LHL mener at retten til rehabilitering må lovfestes, i pasientrettighetsloven og i andre lover. Retten til helhetlig rehabilitering er etter vår mening en like grunnleggende menneskelig rettighet som retten til behandling. LHL ser lovfesting av individuell rett til rehabilitering som et nødvendig virkemiddel for å sette fart på utbyggingen av rehabiliteringsfeltet i Norge. Med dette som utgangspunkt, er det LHLs krav til finansieringsordningen, at den må virkeliggjøre retten til rehabilitering. Pr i dag mener vi at dette best vil dekkes i en folketrygdbasert ordning.

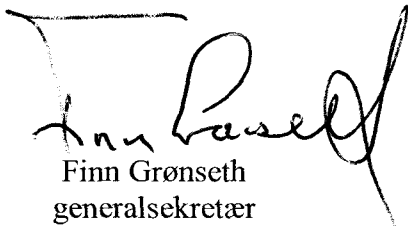
Gjensidig veiledningsplikt

"Utvalget foreslår at det innføres likelydende lovbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven med gjensidig plikt til veiledning".

På tilsvarende måte som for en gjensidig avtaleinngåelse, foreslås en gjensidig veiledningsplikt mellom tjenestenivåene. Formålet bak forslaget er også her å utjevne styrkeforholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, da med å høyne statusen for primærhelsetjenesten. På liknende måte som gjensidig veiledningsplikt, støtter LHL også forslagene om gjensidige hospiteringsordninger og utvidelse av praksiskonsulentordningene. Til sistnevnte ordning er det positivt at utvalget foreslår at praksiskonsulentordningen bør omfatte flere yrkesgrupper, i tillegg til at den også bør kunne knyttes opp til flere oppgaver og prosjekter.

Med vennlig hilsen
Landsforeningen
for hjerte- og lungesyke

Svein Erik Myrseth
forbundsleder
/sign./


Finn Grønseth
generalsekretær