



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

| Helse- og omsorgsdepartementet | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Saksnr.: 200500444 | Dok.nr.: 39 |
| Arkivkode: 500 | Journ.dato: 310505 |
| Avd.: KTA | Saksbeh.: EV |
| U.off.: | |

Deres ref.: 200500444

Vår ref.: 1019/2005/340.2

Dato: 30.5.2005

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalget) – høring

Vi viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 1. mars 2005.

Innstillingen har vært på høring i relevante organisasjonsledd i Den norske lægeforening. Kommentarer fra disse er lagt til grunn ved utarbeidelse av høringsuttalelsen som også er behandlet i Legeforeningens sentralstyre.

Generelle kommentarer

Legeforeningen er svært fornøyd med at samhandlingsproblematikken blir gitt nødvendig oppmerksomhet gjennom Wisløff-utvalgets innstilling. Legeforeningen spilte tidlig inn synspunkter på hvordan samhandling bedre kan ivaretas i statusrapporten *Fra stykkevis og delt – til fullt og helt* (2000). Foreningen håper et samlet initiativ vil føre til et bedre behandlingstilbud for pasienter med samhandlingskrevende behov.

Legeforeningen mener utvalget har gitt en bred og god oversikt over utfordringene som er knyttet til samhandling. Vi vil imidlertid også peke på utfordringene som følger av geografisk avstand mellom tjenesteytere. Dette perspektivet er ikke fremtredende i innstillingen. Utilstrekkelig samarbeid som følger av geografisk avstand og fag- og sektorgrenser svekker særlig tilbudet til de svakeste pasientene og de med sammensatte behov.

Flere av de sentrale tiltakene som anbefales i utredningen er tidligere forsøkt eller foreslått implementert, uten at disse har hatt nødvendig gjennomslag i forhold til å bedre pasientforløpet mellom enheter eller nivåer. Dette gjelder blant andre individuell plan og pasientansvarlig lege. Legeforeningen mener det er uakseptabelt at pasientrettighetene ikke er tilstrekkelig implementert og etterlevd, noe som innebærer at vi i realiteten ikke har oppnådd de tilsiktede virkninger av disse tiltakene.

Utvalget anfører at det er praktiske forhold som gjør ordningene med individuelle planer og pasientansvarlig lege omstendelige og tidkrevende å innføre. Legeforeningen mener disse ordningene er verdifulle for pasientene, og er skeptisk til at ordningenes virkeområder innskrenkes på grunn av praktiske utfordringer knyttet til implementering.

Vi mener det er summen av flere faktorer som har ført til at disse tiltakene ikke har hatt ønsket effekt. Etter vårt syn burde innstillingen inneholdt en grundigere analyse av hvordan disse tiltakene på best mulig måte kan implementeres, både i hvilken grad rammevilkårene enten legger til rette eller hindrer god samhandling og hvordan praktiske forhold må legges til rette for å sikre etterlevelse av ordningene. Forslagene til endringer i rammevilkårene må således settes i en tydeligere sammenheng med hvordan disse påvirker god samhandling, slik at rammevilkårene kan justeres på en treffsikker måte i forhold til målsettingene. Samtidig er samhandlingsproblemer ofte spesifikke, konkrete og avhengig av lokale forhold. Det er derfor også behov for å sette de foreslåtte tiltakene i sammenheng med egnede implementeringsverktøy som fører til forbedringer i samhandlingsmønsteret mellom de aktuelle aktørene på lokalt nivå. Legeforeningen mener resultater fra flere av foreningens gjennombruddsprosjekter har vist at denne metodikken er et egnet verktøy for å bedre samhandling lokalt. Gjennombruddsmetodikken har sin styrke ved at den kan legge både faglige målsettinger, organisasjonsendringer, oppfyllelse av lovkrav, etc., til grunn som målsetninger for forbedringsarbeidet. Slike verktøy er nødvendig for å fange opp spesifisiteten som ofte hefter ved samhandlingsproblemer.

Vurdering av de sentrale anbefalingene i innstillingen

Vi deler utvalgets vurdering om at individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling. Reglene for individuell plan trådte i kraft for tre år siden, men ordningen er likevel ikke benyttet i tilstrekkelig grad. Utvalget foreslår at kommunen skal være ansvarlig for arbeidet med individuell plan. I statusrapporten *Psykiske lidelser – faglighet og verdighet* (2004) pekte Legeforeningen på at ansvaret for planarbeidet er tilfredsstillende ivaretatt med dagens lovverk. Det er snarere uklare ansvarsforhold når det gjelder drift og koordinering av de individuelle planene som kan være en hovedårsak til at så få planer utarbeides. Innstillingen åpner for at koordinatorfunksjonen også skal kunne innehas av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten der dette er hensiktsmessig. Dette kan skape usikkerhet om ansvarsforholdene når det gjelder drift og koordinering av planarbeidet. Legeforeningen mener at dette ansvaret må entydig plasseres i kommunen.

Utvalget foreslår å styrke informasjonsarbeidet mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov. Det synes klart at også helsepersonell, administrasjon og forvaltning trenger større kjennskap til ordningen. Et styrket informasjonsarbeid mot en større målgruppe enn innstillingen foreslår er derfor nødvendig.

Videre foreslås det 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. Legeforeningen ser nødvendigheten av at aktørene forpliktes til etterlevelse av ordningen med individuell plan, men er uenig i at målsetningen oppnås ved ytterligere en lovbestemmelse. I dag fremgår kravet både i pasientrettighetsloven og av tjenestelovgivningen – i tillegg til en særskilt forskrift. Implementering av ordningen på bred basis avhenger ikke i hovedsak på den enkelte tjenesteutøver, men først og fremst av forankring i ledelsen og rammebetingelser for at den enkelte tjenesteutøver skal kunne delta og at individuell plan inngår i samarbeidsavtalene. Mulighetene for implementering av dette tiltaket er således avhengig av at det innføres som et systematisk tiltak i virksomheten. Vi mener derfor at det må gjøres en innsats ved oppfølging overfor virksomheter som ikke har disse systemene, snarere enn ny lovgivning. Vi mener, som utvalget, at fastlegene må ha en sentral rolle i utarbeidelse av individuell plan. Det er i dag lagt til rette for deres bidrag gjennom deltagelse i tverrfaglige møter. Dette må suppleres med tilretteleggelse for at fastlegene også kan delta i den konkrete utarbeidelse av planene.

Utvalget legger til grunn at ordningen med pasientansvarlig lege først og fremst er viktig for pasienter som har behov for mange undersøkelser og flere spesialistvurderinger ved samme sykehusopphold, samt pasienter med gjentatte opphold og komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester. På bakgrunn av dette, foreslås det at ordningen om pasientansvarlig lege avgrenses til disse pasientgruppene. Legeforeningen erkjenner at det er problematisk at lovfestede ordninger ikke er i tilstrekkelig grad tatt i bruk. Men Legeforeningen deler ikke synet om at ordningen bør begrenses som en følge av dette. Foreningen ønsker at alle pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten skal ha en pasientansvarlig lege. Det er viktig og praktisk for alle parter at en lege er koordinator for pasienten på sykehuset, enten problemet/problemene er få og små eller mange og store. Det må gjøres en vurdering og avgrensning av hvilken rolle pasientansvarlig lege bør ha i forhold til behandlingsansvarlig lege, og legge til rette for ordningen i ordinære rutiner, vaktplaner mv. Innføring av et system med pasientansvarlig lege på sykehus må også forankres i ledelsen. Fastlegen vil ofte møte problemstillinger etter utskrivelse fra sykehus, hvor hun vil ha behov for å kontakte pasientansvarlig lege – noe som ofte ikke vil kunne overskues på det tidspunkt sykehuset eventuelt skal vurdere om den enkelte pasient skal få en slik kontakt.

Utvalget foreslår også å utvide bruken av praksiskonsulentordningen. Legeforeningen mener praksiskonsulentordningen er meget hensiktsmessig for utgjøre en felles arena for utveksling av kunnskap og bidra til forståelse på tvers av tjenestenivåene. I et samhandlingsperspektiv er dette helt nødvendig. Legeforeningen har i flere år arbeidet for å innføre denne ordningen, og mener at ordningen er et av de viktigste enkelttiltakene for å bedre samhandlingen. Legeforeningen mener at praksiskonsulentordningen må innføres ved alle kliniske sykehusavdelinger hvor den er relevant. Studier om samarbeid mellom allmennleger og akuttmottak ved somatiske sykehus viser at bedre samarbeid gir bedre faglig kvalitet på helsetjenestetiltak, og bedre samarbeidsmiljø mellom sykehusleger og allmennleger.

Utvalget påpeker den viktige rollen samfunnsmedisinere har for samhandling i helsetjenestene. Legeforeningen deler dette synet. Det foreslås at kommunene skal gis anledning til å pålegge fastlegene samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen. Kommunene vil trolig i stor grad benytte denne muligheten, fordi det er enklere (og billigere) for kommunene å pålegge fastlegene slike oppgaver enn å rekruttere samfunnsmedisinere. Innenfor gjeldene lovverk kan ikke fastleger tilpliktes samfunnsmedisinsk arbeide.

Legeforeningen mener det vil være galt å gi kommunene mulighet til å tilplikte fastlegene samfunnsmedisinske oppgaver. Dette spørsmålet ble også grundig vurdert av partene før fastlegeordningen ble innført. Fastlegene har spesialisert seg i faget allmenntilleggsmedisin, og har vanligvis ikke rett kompetanse for samfunnsmedisinsk arbeid. Vi vil hevde at følgen av utvalgets forslag er at det samfunnsmedisinske arbeidet på kommunalt nivå svekkes. Fastleger kan, som det allerede er åpnet for i dagens avtaler, frivillig ta på seg samfunnsmedisinske oppgaver. Det er i slike tilfeller helt nødvendig at de tilføres kompetanse til å utføre dette arbeidet på en forsvarlig måte. Dersom kommunene legger til rette for slik kompetanseutvikling, tror vi flere fastleger vil velge å ta på seg samfunnsmedisinske oppgaver. Det må da utvikles og tilbys utdanningsmoduler som er tilpasset det kompetansebehovet som kreves.

Utvalget foreslår å justere finansieringsordningen for fastlegene for å sikre en god legetjeneste til samhandlingskrevende pasienter. En dreining av finansieringsordningen i retning av mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre på takster og egenandeler skal angivelig

bidra til dette. Basistilskuddet anbefales innrettet som en kombinasjon av listetilskudd og et driftstilskudd. Samtidig anbefales det at listens lengde får mindre betydning og at listens alderssammensetning gir større økonomisk uttelling.

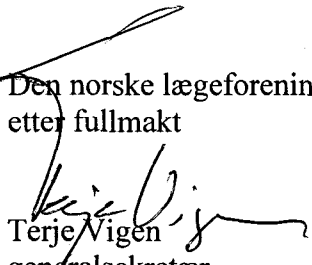
Legeforeningen er enig i at pasienter med store og sammensatte behov må ivaretas bedre gjennom takstsystemets innretning. Dette har vi også selv ved de siste års forhandlinger forsøkt å bidra til dette ved å skjerme tidstaksten og andre takster knyttet til ivaretagelse av pasientgrupper med kroniske og sammensatte behov. Men forslaget om å øke basistilskuddet vil ha motsatt virkning av det utvalget ønsker. Dersom basistilskuddet skal økes ytterligere på bekostning av takstene, vil det bli ennå mindre å fordele på takster for samarbeid og ivaretagelse av grupper med spesielle behov. Økning av egenandelene har samme virkning, da disse fører til økt betaling for den enkelte konsultasjon uavhengig av hvor langvarig den er, og redusert betaling for de lange konsultasjonene. Dette er imidlertid stikk i strid med intensjonen om å bedre situasjonen for samhandlingskrevende pasienter.

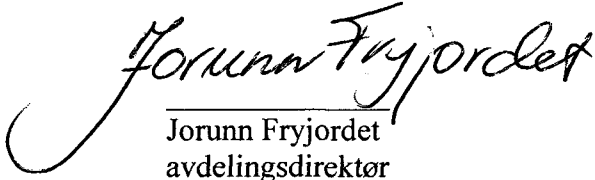
Videre argumenterer utvalget for en endring i utformingen av listetilskuddet, ved at antall personer over 80 år skal gi større økonomisk uttelling. Vi har ingen tro på at økt listetilskudd for eldre pasienter vil føre til bedre samhandling eller kronikeromsorg. Dette vil være inntekt for legen uansett om hun har mange, få, lange eller korte konsultasjoner med den enkelte pasient i løpet av året, eller om pasienten henvises spesialisthelsetjenesten for oppfølging der. Spørsmålet om vekting av pasienter på fastlegens liste ble grundig vurdert forut for innføring av fastlegeordningen. Dette ble forsøkt for eldre pasienter i forsøkskommunene. Vi kan ikke se at det har tilkommet argumenter for å endre på konklusjonene fra den gang.

Legeforeningen merker seg utvalgets vurdering om at interkommunale legevaksordninger gir resultater for pasienten i form av god kvalitet og god tilgjengelighet til tjenestene. Samtidig bidrar ordningen til å redusere vaktbelastningen for leger som letter rekrutteringen til små kommuner og utkantstrøk. Legeforeningen slutter seg til utvalgets anbefaling av en ordning som gjør det økonomisk interessant for kommunene å etablere interkommunale legevakter.

Legeforeningens vurdering av de enkelte anbefalingene i innstillingen er vedlagt.

Den norske lægeforenings sentralstyre
etter fullmakt


Terje Vigen
generalsekretær


Jorunn Fryjordet
avdelingsdirektør

Saksbehandler:
Terje Sletnes