

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Att.:

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 71
Arkivkode: 500	Journ.dato: 020605
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Vår referanse
05/01318-007/L010457/ROWIND
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
008

Dato
31.05.2005

Svar - Høring : NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste"

Viser til forespørsel om høringsuttalelse i forbindelse med Wisløff-utvalgets innstilling, NOU 2005:03 "Fra stykkevis til helt." Det med stor interesse vi har lest Wisløff-utvalgets innstilling. Vi støtter hovedkonklusjonene i innstillingen, med følgende kommentarer:

For det første må det ryddes opp innenfor it-området, både når det gjelder infrastruktur og lovverk. Gjeldende regelverk og manglende avklaringer fører i dag til at mange samhandlingstiltak vanskeligjgjøres.

For det andre er det et potensielt motsetningsforhold mellom den medisinsk-teknologiske utviklingen (økt spesialisering og differensiering) og behovene i store pasientgrupper (kronikere, pasienter med sammensatte lidelser og eldre, som har behov for koordinering av tjenester innad i nivåene og mellom nivåene). Vi anser at målrettede samhandlingstiltak er viktige for å gjøre dette motsetningsforholdet så lite som mulig, og sikre tilstrekkelig koordinering og helhetstenkning i pasientforløpene.

For det tredje mangler de fleste helseforetak økonomisk handlingsrom til å sette i mange og store samhandlingstiltak. I de tilfellene det bevilges prosjektmidler for igangsetting av nye tiltak er det i neste instans vanskelig å få satt av midler til oppfølging og drift.

Del 1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Kapittel 5. Utvikling av sentrale forhold for samhandling

I kapittel 5.3 vises det til at utviklingen ved norske sykehus er preget av to parallelle trekk – spesialisering og funksjonsdeling. Her er den norske utviklingen på linje med den internasjonale. Vi vet også at andelen eldre i samfunnet øker, og med dem behovet for spesialisthelsetjenester. Dette beskrives i kapittel 5.4. Samtidig øker oppmerksomheten rundt helsetilbudet til spesielt utsatte, og tradisjonelt sett marginaliserte grupper, som kronikere og pasienter med sammensatte lidelser.

I disse utviklingstrekkene ligger det innebygd en potensiell motsetning ved at den medisinsk-teknologiske utviklingen går i retning av økt spesialisering og differensiering, mens store grupper eldre og kronikere har behov for koordinering og samordning av helsetjenester – både mellom nivåene og internt i nivåene.

Mot denne bakgrunnen er Wisløff-utvalgets innstilling et viktig bidrag som ledd i å sikre kvaliteten og helheten i helsetjenesten, for alle typer pasienter. I en tid med økende press på spesialisthelsetjenester tror vi at et større fokus på samhandling kan være positivt både samfunnsøkonomisk og for helsetilbudet til den enkelte pasient. Det er med andre ord viktig å sørge for at samhandling skjer både på individ- og systemnivå.

10.3.3 Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

Vi støtter utvalgets syn om at kommuner og helseforetak skal pålegges å inngå avtaler om samarbeid for å oppnå en mer helhetlig pasientbehandling. Det er viktig at avtalene gjøres forpliktende, og at de forankres i ledelsen i hhv. kommune og helseforetak. Slike avtaler må beskrive former for samarbeidsutvalg der saker av mer prinsipiell karakter jevnlig kan diskuteres.

Vi stiller oss derimot skeptisk til forslaget om at dersom en samarbeidsavtale omfatter utskrivningsklare (ferdigbehandlede) pasienter på sykehus så vil forskriften om kommunal betaling for falle bort. Med mindre samarbeidsavtalen sier noe spesifikt om kommunal betaling, kan forslaget i sin ytterste konsekvens bli en sovepute for kommunene ved at de inngår avtaler om utskrivningsklare pasienter uten at forpliktelsene overholdes. Erfaringer fra blant annet Trondheim kommune og Sverige viser dessverre at økonomiske sanksjoner ofte er det eneste som hjelper for at kommunene skal ta sine avtaleforpliktelser på alvor.

10.3.6 Krav til ledelse og oppfølging

Vi finner det naturlig at etablering av nye samhandlingstiltak følges opp av en eller annen form for evaluering. Dette kan for eksempel være jevnlig rapportering, egne evalueringer, eller mer forskningsrelaterte aktiviteter.

Ulike former for rapportering/evaluering vil ikke bare virke forpliktende i forhold til å følge opp tiltakene, men kan forhåpentligvis gi gode svar på om tiltakene er bra for pasientene og virker etter sin hensikt. Med tanke på krav om god praksis og effektiv drift er dette spesielt viktig.

10.3.7 Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling

Vi er enige med utvalget som foreslår en rask avklaring i forhold til hvordan informasjonen kan deles mellom tjenesteytere, og at det må tas hensyn til samhandlingsbehovet. I dag virker lovverket hemmende på samhandlingen

Samtidig fører utviklingstrekk som etableringen av Fritt sykehusvalg, økt funksjonsfordeling, kortere liggetid med oppfølging hjemme, samt at vi som befolkning oppholder oss innenfor ulike akkuttisykehusområder, øke behovet for at nødvendige opplysninger raskt er tilgjengelig for den eller de som behøver dem. Arbeidet med dette må derfor intensiveres, fremtidens muligheter er her og må ikke forbli ubenyttet når det gjelder helseopplysninger.

En mulig løsning er å gi flere aktører i helsetjenesten leserettigheter i medisinske registre m.v. Et slikt forslag innebærer trolig at det opprettes ett sentralt pasientjournalregister for hele landet. Dette er ikke et teknologisk spørsmål, men et juridisk og politisk spørsmål.

10.3.8 Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Wisløff-utvalgets innstilling peker en rekke steder på at forskning på samhandlingstiltak og "samhandlingspasienter" i dag ikke prioriteres høyt. Det er ingen grunn til at samhandlingsbaserte tiltak ikke skal være evidensbasert på lik linje med andre felt innen medisinen. Tradisjonelt har to store grupper – eldre og kronikere – vært lavstatusgrupper, noe som gjenspeiles i forskningsaktivitet og finansiering.

Det pekes videre på hospitering som en god metode for kunnskapsutveksling, noe vi er helt enige i. Erfaringene fra "Hospiteringsprosjektet" gjennomført i helseregion Midt-Norge i 1996-1998, og nominert til "det nytter"-prisen, bekrefter dette. Realitene i dag er at det er stort og sterkt press på sykehusavdelingene med å ta i mot studenter av alle kategorier (vi har opptil 1.500 studenter årlig), samt besøkende på studieturer og lignende, som krever oppmerksomhet og veiledning. Hospiteringen må dermed konkurrere om oppmerksomheten med mange andre gode formål, der studentmottak er en "må"-oppgave.

Hospitering er allikevel en god metode som det gjerne kan stimuleres mer til. Det samme gjelder "bytte"-praksis.

Å gjøre praksiskonsulentordningen meriterende høres også bra ut.

10.4.2 Forsøk med nye organisasjoner

Dette er et viktig felt med mange nye og uprøvde muligheter. utfordringer knyttet til problemstillingen har i vår helseregion vist seg under etablering av et distriktsmedisinsk senter (Fosen DMS). Erfaringer fra dette prosjektet viser at etablering av et interkommunalt organ har vært en nødvendighet, og at koordinering mellom kommuner og mellom kommune og helseforetak er viktig. Det må ellers kommenteres at dagens lovgivning på en rekke områder – spesielt knyttet til it – har vært til hinder for en effektiv gjennomføring av prosjektet (se for øvrig andre punkter i vår høringsuttalelse).

10.4.4 Generelt om økonomiske virkemidler

Utvalget har pekt på flere utfordringer mht økonomi, for å sikre en god legetjeneste til samhandlingskrevende pasienter. Utvalget anbefaler forsøk med nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger for bedre å understøtte samhandling. Det pekes på at finansieringsordningene utgjør svært viktige rammebetingelser for helsetjenesten.

Vi slutter oss til de anbefalinger som utvalget har, når det gjelder økonomiske virkemidler som kan stimulere til og understøtte gjennomføringen av avtaler mellom kommuner og foretak for å få til bedre samhandling. Ut fra dagens økonomiske situasjon i helseforetakene (stort sett alle), har foretakene svært begrensede økonomiske rammer til selv å igangsette nye tiltak som medfører øremerking av midler på kort og lang sikt. Derfor er det nødvendig som utvalget foreslår, at det øremerkes tilskudd (1 milliard kroner foreslått av utvalget) til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og at det stilles krav om formaliserte avtaler om konkrete tiltak mellom kommuner og foretak for at det skal utløses midler. En øremerking av midler må fortsette så lenge tiltakene pågår. Finansiering av varig drift er en forutsetning, og ikke bare midler til igangsetting av tiltak.

Ovennevnte forutsetning mht finansiering utover dagens rammer til helseforetakene, vil være en forutsetning for eventuelt å opprette sameie / felles organisasjoner mellom kommuner og foretak som drøftet i pkt 10.4.2.

10.4.5 Forslag til endringer i takst- og refusjonssystemet

Vi støtter fullt ut Wisløff-utvalgets syn at det er fornuftig å innføre særordninger knyttet til legemidler for kreftpasienter slik at alle pasienter med behov for dyre medisiner får dette dekket av det offentlige. Dette er en gruppe som har stort behov for legemidler, ofte liten tid å miste, og de rimeligste legemidlene er ofte veldig dyre sammenliknet med annen medisin. Det bør derfor ikke være ulike praksis avhengig av om pasienten er inneliggende på sykehus eller sykehjem, bor i omsorgsbolig eller er hjemme.

Del 2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

10.2.2 Individuell plan

I innledningen til kapittel 7 slås det fast at fastlegen skal være en koordinator for sine pasienter, og ha en helt sentral rolle i samhandlingen. Videre heter det i kapittel 9.2 at primærhelsetjenesten er selve fundamentet i helsetjenesten.

Vi finner det derfor fornuftig at kommunehelsetjenesten, med utgangspunkt i fastlegen, tildeles et hovedansvar i å utarbeide en individuell plan for pasienter som har rett på dette. Selv om kommunene skulle få hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan, må det ikke bli mulig for spesialisthelsetjenesten å unndra seg ansvar for pasientgrupper der kommunen ikke er en hovedaktør i behandlingen (f.eks MS i en tidlig fase der behandlingen er begrenset til spesialisthelsetjenesten).

Det er positivt at utvalget foreslår at arbeidet med individuell plan skal følges opp bedre gjennom foretakenes internkontroll- og kvalitetssystemer. De fleste med individuell plan er pr. definisjon ikke inneliggende pasienter til enhver tid, men vil kunne være brukere i tråd med planen i form av telefon og e-post kontakt, eller har en kontakt-adresse bare i tilfelle. Dette må inkluderes i kontroll- og rapporteringssystemet.

10.2.3 Pasientansvarlig lege

Vi mener det er riktig at bestemmelsen om pasientansvarlig lege opprettholdes. Ved ukompliserte behandlinger kan det se ut som om det ikke er nødvendig med pasientansvarlig lege. Imidlertid kan vi ikke vite når det ukompliserte blir komplisert. Det kan først i ettertid vise seg at behovet for pasientansvarlig lege er nødvendig. Vi ser også bestemmeslen om pasientansvarlig lege sammen med bestemmelsen om journalansvarlig lege i de aller fleste tilfeller.

Dersom det allikevel blir aktuelt å endre dette, vil vi bemerke at det det må avklares tydelig hvilke kriterier eller hva som skal være avgjørende for om en pasient skal få pasientansvarlig lege eller ikke. Hvem avgjør dette? I utgangspunktet bør det være pasienten som bestemmer om han har behov for dette. Vi mener at sykdommens alvorlighetsgrad bør vektlegges, samt at det i tillegg bør vurderes nøye hvordan man skal ivareta pasienter med spesielt sammensatte og kroniske lidelser, som er innom ulike spesialiteter og har atypiske sykdomsforløp som følge av en kronisk lidelse (for eksempel CF).

10.2.4. Pasientopplæring og informasjon

Dette er en viktig og nødvendig sykehusoppgave som er hjemlet som en av helseforetakenes fire hovedoppgaver. I utgangspunktet skulle det derfor ikke være nødvendig med en forsterkning i form av bestemmelser i pasientrettighetsloven.

Vi er enige i behovet for en mer robust finansiering av lærings- og mestringssentrene, men dette gjelder generelt for pasient- og pårørendeopplæring – også grupper som tradisjonelt faller utenfor LMS-ene.

Vi støtter utvalget siste forslag om å styrke informasjonen til grupper som ikke selv aktivt søker informasjon.

Del 3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøverne

7.3.1 Koordinering av henvendelser til sykehus

Vi støtter utvalgets vurdering når det gjelder mangelen på koordinering internt i spesialisthelsetjenesten. Det er ved flere sykehus i dag etablert enheter eller funksjoner som har i oppgave å bedre samhandlingen mellom nivåene, men lite er gjort for å koordinere tjenestetilbudet og forflytningen innad i sykehusene for enkeltpasienten. Ved St. Olavs Hospital er det opprettet en enhet for samhandling i sentraladministrasjonen, med hovedfokus på samhandling mellom nivåene. Koordinering av ulike henvendelser og konsultasjoner for den enkelte pasient – for eksempel med sikte på å redusere antall oppmøter – er derimot mindre vektlagt.

10.3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten

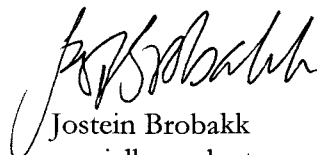
Det finnes i dag ikke klare kriterier for oppgavefordeling mellom nivåene når det gjelder rehabiliteringstjenestene. Vi støtter forslaget om at kommune og helseforetak bør utarbeide felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringsplasser.

Når finansiering og drift av opptreningsinstitusjonene blir et ansvar for spesialisthelsetjenesten, er det viktig at kommune og foretak ser sine tilbud i forhold til hverandre for å unngå likelydende tjenester i begge nivåene, over- eller underkapasitet i noen av nivåene, eller at det oppstår gråsoner mellom nivåene.

10.3.5 En adresse for samhandling i kommunene

Ved St. Olavs Hospital er det høstet gode erfaringer med opprettelsen av en egen samhandlingsenhet i sentraladministrasjonen. I Trondheim kommune, som er vår største bruker, er en liknende enhet også planlagt. Denne organiseringen har utvilsomt økt fokuset på samhandling internt i foretaket, og gjort det enklere å koordinere helsetilbudet for særlig utsatte pasientgrupper mellom nivåene. Samtidig er det en klar adresse for samhandlingsrelaterte spørsmål i helseforetaket, noe som er nyttig både for kommunale aktører og pasienter.

Rolf J. Windspoll (sign)
samhandlingssjef
Enhet for samhandling


Jostein Brobakk
spesialkonsulent
Enhet for samhandling