



Saksbehandler: Kristin Hagen Aarsland
Tlf.: 38 17 68 86

Deres ref.:
Vår ref.: 2005/1605

Vår dato: 30.05.2005

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep,
0030 Oslo
(sendes også per fax, 22242768)

Arkivkode: 730	
Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Doknr.: 82
Arkivkode: 500	Journal dato: 02.06.05
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste – Høringsuttalelse

Det vises til Departementets høringsbrev av 01.03.2005. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vest-Agder har begge fått utredningen til høring, og gir med dette en felles høringsuttalelse. Med ett unntak - som tydelig fremgår av teksten - er våre synspunkter sammenfallende.

Generelle merknader

Etter vår vurdering har Wisløff-utvalget levert en interessant og grundig gjennomgang og analyse av rammebetingelsene for samhandling innen helsetjenesten.

Vi vil understreke viktigheten av at høring og oppfølging av NOU 2005: 3 ses i sammenheng med tilsvarende prosesser for andre aktuelle utredninger og forslag som berører helsetjenesten. Spesielt viser vi til NOU 2004: 18 (Bernt-utvalget).

Mens Bernt-utvalgets mandat var knyttet til behovet for samhandling horisontalt mellom kommunal helse- og sosialtjeneste, har Wisløff-utvalget tatt for seg samordning vertikalt innen helsetjenesten. Disse to ulike utgangspunktene preger innholdet i utredningene og gjenspeiler seg i ulike vektlegginger og til dels kryssende forslag.

Vi er enige i utvalgets fremheving av at primærhelsetjenesten er helsetjenestens fundament, men at styrkeforholdet mellom tjenestenivåene er skjevt. Bortsett fra primærlegenes mulighet for å legge inn en pasient som øyeblikkelig hjelp, er det i all hovedsak spesialisthelsetjenesten som har makt til å legge premisser, derunder definere hva som er spesialisthelsetjeneste og når en pasient er utskrivingsklar.

Vi er enige i at likeverdighet i styrkeforholdet er en forutsetning for god samhandling, at ingen yrkesgruppe eller tjeneste har spesialkompetanse på helheten, og at de ulike aktørers kompetanse gjensidig må anerkjennes.

På bakgrunn av vår erfaring med tjenestene støtter vi utvalgets påpeking av at ledelsens oppmerksomhet mot samhandling har stor betydning for hvilke resultater som oppnås.

Vi er enige med utvalget i at løsningen på samhandlingsutfordringer ikke trenger å ligge i store endringer i ansvars- og oppgavefordeling, men at bedre samvirke kan oppnås gjennom en sum av justeringer og tiltak, både på det pasientnære området og på overordnet nivå.

Vi vil ellers understreke at svikt ikke nødvendigvis kan avhjelpes med lovendringer. Ofte er det heller tale om implementering av den lovgivningen som faktisk finnes. Vår erfaring er at det eksisterer et stort gap mellom hvordan f.eks rett til medvirkning og informasjon og til individuell plan og samhandlingen rundt denne *skal* fungere i henhold til lovgivningen, og hvordan dette *faktisk praktiseres* i helsetjenesten. Vi mener det fremdeles er mye å hente på opplæring, informasjon og bevisstgjøring, og gjennom fokusering på lovkravene fra tilsynsmyndighetens side.

I det følgende gir vi våre kommentarer og synspunkter på noen av utvalgets konkrete forslag, gruppert etter Departementets oppsett i høringsbrevet.

1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

10.4.2. Forsøk med nye organisasjoner

Utvalget mener at sameie av utførerenheter mellom kommuner og helseforetak kan bidra til å redusere de negative virkningene av dagens todelte ansvar for helsetjenester. Utvalget presiserer at ansvar for helsetjenestene fremdeles må ligge på to nivåer som i dag. Bernt-utvalget var også inne på at det bør vurderes etablering av tilbud i skjæringspunktet mellom første- og andrelinjetjenesten.

En slik organisasjonsform kan bli krevende å gjennomføre. Vi ser faren for at den blir en tjeneste hvor det må brukes mye ressurser på avtaler og ansvarsspørsmål mellom tjenestenivåene. Vi støtter likevel forslaget om etablering av forsøksordninger for å vinne kunnskaper om hvilke fordeler en slik organisering kan ha.

Vi er også positive til å åpne for forsøk med organisasjonsmodeller hvor kommunen og foretakene overfører eier- og myndighetsutøvelse til et eget organ.

For vår del ser vi også gjerne at det gjøres forsøk med overføring av ansvaret for deler av primærhelsetjenesten til et helseforetak. De kommunale deltjenester som anses mest aktuelle til å inngå i et slikt prosjekt, er fastleger og sykehjem.

En generell motforestilling til alle slike forsøk med ulike organisasjonsmodeller er at ansvarsforhold kan bli enda mer uoversiktelige for befolkningen.

10.4.5. Endringer i takst- og refusjonssystemet

Legemiddelfinansiering

Vi støtter forslaget om å innføre en ordning hvor trygden betaler for nødvendige medisintgifter for kreftpasienter på sykehjem. Vi tror kostnadsnøytralitet for dyr medikamentell behandling - uavhengig av om pasienten er på sykehus, sykehjem eller i åpen omsorg - kan medvirke til å sikre at pasienten blir ivaretatt på riktig nivå.

Øremerket tilskudd for samhandling

Utvalget foreslår at det innføres krav om samhandlingsavtaler for å kunne løse ut av midler fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Vi støtter dette. Etter det vi er kjent med, er et slikt arbeid dessuten allerede igangsatt etter krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.

2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

10.2.1. Pasientperspektivet i helsetjenesten

Vi støtter prinsippet om å innføre tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven som i helseforetaksloven. Vi har imidlertid merket oss at den nylig fremlagte Ot. prp. 87 "Om lov om råd eller annen representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m." også inneholder forslag for å ivareta brukermedvirkning. Disse to tilnærmingene må ses i sammenheng, slik at vi ikke får et tosporet system.

Etter vårt syn er pasienters rett til medvirkning og informasjon i den enkelte behandlingsrelasjon tilfredsstillende ivaretatt gjennom gjeldende lovgivning, særlig pasientrettighetsloven. Som nevnt innledningsvis, opplever vi imidlertid at det foreligger et forbedringspotensiale knyttet til implementering og praktisering av loven. Dette er dels relatert til holdninger og mangel på kunnskap i helsetjenesten, dels til pasientenes sviktende kunnskaper om egne rettigheter. Dette viser seg mest tydelig blant pasientgrupper som trenger det mest. Det bør derfor fremdeles være stort fokus på implementering av disse rettighetsbestemmelsene.

10.2.2 Individuell plan

Vi støtter utvalgets forslag om fokus på og informasjon om individuell plan til grupper og pasienter med store samhandlingsbehov. Vi vil også fremheve viktigheten av informasjons- og opplæringsvirksomhet overfor dem som jobber i tjenestene.

Vi støtter utvalgets forslag om at kommunene gis ansvar for arbeid med individuell plan, og at det skjer en harmonisering av regelverket innenfor somatikken og det psykiske helsevernet omkring hvilke pasientene har krav på individuell plan.

Helsetilsynet 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 og virksomheter.

Vi støtter også at kravet om individuell plan må følges bedre opp gjennom helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer/internkontrollsystemer.

Vi vil i tillegg peke på betydningen av at også tilsynsmyndigheten har fokus på praktisering av ordningen med individuell plan.

10.2.3. Pasientansvarlig lege

Vi støtter forslaget om at bestemmelsen om pasientansvarlig lege innskrenkes til å gjelde pasienter med særlig behov for dette. Det blir da viktig at lovens ordlyd og forarbeid er tydelige på hvilken pasientgruppe som skal være omfattet av ordningen. Vi vil forøvrig vise til at en av oppgavene for pasientansvarlig lege i henhold til merknadene til gjeldende forskrift er å være kontaktperson mellom kommunehelsetjensten og spesialisthelsetjenesten. Dette bør vurderes tatt inn i lovteksten.

10.2.4. Pasientopplæring og informasjon

Vi støtter forslaget om å bygge videre på modellen med lærings- og mestringssentra som opplæringsstilbud for pasienter.

Selv om vi forstår intensjonen, er vi imidlertid skeptiske til utvalgets foreslag om å innføre en bestemmelse i pasientrettighetsloven om at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemming skal gis tilbud om pasientopplæring. Pasientrettighetslovens kap. 2 inneholder bestemmelse om rett til helsehjelp. Ut over dette spesifiserer loven ikke retten til mer konkrete former for behandling. Etter vårt syn vil en egen bestemmelse om pasientopplæring være uryddig i forhold til lovens system, og også kunne ha en utløsende virkning for å særregulere andre typer behandling eller oppfølging.

Vi vil også peke på sammenhengen mellom opplæring og retten til medvirkning og informasjon (§§ 3-1 – 3-2). At pasientopplæring og informasjon skal gis, ligger således i systemet allerede i dag, og bør i det enkelte tilfelle nedfelles i individuell plan.

10.2.5. Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten

Vi støtter forslaget om å lovfeste pasientombudsordning også for kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten; og at dette heller bør skje gjennom å utvide gjeldende pasientombudsordning til å omfatte disse tjenestene, enn ved å etablere en egen ombudsordning for pasienter/brukere av kommunale tjenester.

Vi slutter oss til utvalgets understrekning av tilsynsmyndighetens rolle for å sikre at samhandlingsperspektivet blir ivaretatt. Helsetilsynet i Vest-Agder er enig i Wisløff-utvalgets understrekning av det viktige i at tilsyn med helsetjenesten på alle nivåer er tillagt Helsetilsynet i fylket. Dersom det er nødvendig for å ivareta samhandlingen med sosialtjenesten, kan helsetilsynet i fylket utvides til et helse- og sosialtilsyn. Fylkesmannen i Vest-Agder mener i tråd med Bernt-utvalget at ansvar for tilsyn med kommunehelsetjenesten bør overføres til Fylkesmannen. Det vises forøvrig til Fylkesmannens og Helsetilsynet i Vest-Agders tidligere uttalelser til Bernt-utvalget og Aasland-utvalget.

3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenestenivåene

10.3.1. Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen

Vi deler utvalgets oppfatning om at det offentlige legearbeidet har kommet svekket ut av fastlegeordningen. Vi støtter anbefalingen til kommunene om å utnytte de 7,5 timene fastlegene i henhold til avtaleverket kan tilpliktes å arbeide med offentlig legearbeid, og at kommunen må kunne definere innholdet dette.

Vi støtter utvalgets vurderinger i forhold til kommunenes frihet til å kunne tilby kombinerte løsninger av fastlegepraksis/offentlig legearbeid, og om at avtaleverket bør være fleksibelt mht å fastsette ulike lengder på fastlegers lister.

Vi er også enig i at det kan være grunn til å gjennomgå takstsystemet med det formål å oppnå bedre ivaretagelse av særlig utsatte pasientgrupper og oppgaver som ellers lett blir nedprioritert i travel klinisk praksis.

I forbindelse med at utvalgets sterke fremheving av fastlegens sentrale rolle i et samhandlingsperspektiv, vil vi bemerke at det er viktig å se henvisningsordninger i sammenheng med dette. Vi er kjent med forslag om at flere grupper (som tannleger og optikere) skal kunne henvise til spesialisthelsetjenesten. Dette vil etter vårt syn svekke

fastlegens funksjon som koordinator, portvokter og pasientens faste punkt i forhold til helsetjenesten forøvrig.

10.3.5 Én adresse for samhandling i kommunene


Når det gjelder forslaget om én klar adresse til den instansen som kan veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne, må dette ses i sammenheng med den koordinerende enheten som etter re-/habiliteringsforskriften allerede skal finnes både i kommuner og foretak.


10.3.9 Veiledningsplikten

Vi slutter oss til utvalgets vektlegging av gjensidig veiledningsplikt mellom mellom første- og andrelinjetjenesten, og at denne omfatter både generell veiledningsplikt og kommunikasjon knyttet til enkeltpasienter. Vi er også enige i prinsippet om at det ikke skal tas betaling for slike tjenester, men vil i den forbindelse peke på behovet for avklaring av dette prinsippet i forhold til allerede etablerte ordninger med betalingsbaserte ytelser; ett eksempel er avtaler om bistand fra sykehus til arbeid med infeksjonskontroll i sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

Vi vil understreke at folkehelsearbeid etter formålsparagrafen i spesialisthelsetjenesteloven er en del av spesialisthelsetjenestens forpliktelser. Sykehusene kan bl.a. bidra med tilbakeføring til kommunene av erfaringer om svikt i primærforebyggende arbeid (for eksempel opphoping av ulykker i et visst geografisk område). Videre kan spesialisthelsetjenesten ha kompetanse knyttet til sekundærforebygging av livsstilssykdommer, som primærhelsetjenesten kan dra nytte av.

Avslutningsvis understreker vi at utvalgets mange forslag må ses som en helhet. Dersom bare en mindre del av dem gjennomføres, vil dette trolig ha meget begrenset effekt.


Kristian Hagestad
fylkeslege
avd.dir. (e.f.)


Kristin Hagen Aarsland
rådgiver

✓ Gjenpart (sendt elektronisk 31.05):
Helsetilsynene i Helseregion Sør
Statens helsetilsyn