

Sak nr. NOU: 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste" – høring.

Saksopplysninger

Ved kongelig resolusjon 17. oktober 2003 ble det nedsatt et utvalg for å utrede og foreslå tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenestene mellom første- og andrelinjen (Wisløff-utvalget). Utvalget leverte i januar 2005 sin innstilling; NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste".

Departementet ber spesielt om kommentarer knyttet til følgende områder:

- økonomiske og organisatoriske rammebetingelser
- forslag knyttet til pasientperspektivet
- forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

Forslag til vedtak

1. Likeverdighet og rammebetingelser

Vi sier oss fornøyd med utvalgets vektlegging av likeverdighet. Likeverdighet i samhandlingsrelasjoner forutsetter god kunnskap om hverandres tjenester, og forutsigbare økonomiske rammebetingelser som stimulerer tjenestenivåene til samarbeid og ikke til oppgaveforskyving. *Det er i dag ikke et likeverdig system. Helseforetakene kan fakturere 1.linjetjenesten for overliggedøgn, men 1.linjetjenesten har ingen pressmidler for å få tilstrekkelig tilbud fra 2.linjetjenesten til pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester, som blant annet geriatriske pasienter og rusomsorg.*

Dette tilsier at det i betydelig større grad enn i dag må sikres medvirkning og samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten om oppgaver og tjenesteutøvelse hvor det ene tjenestenivåets beslutninger medfører at andre tjenestenivåer får flere oppgaver og/eller store utgifter, som for eksempel i vurderingen av utskrivingsklare pasienter.

Innspill fra Nore og Uvdal kommune:

En viktig del av helsepolitikken gjelder prioritering og bruk av knappe ressurser. Et tiltaks prioritet i det offentlige helsevesen bør bestemmes ut fra forholdet mellom dets verdi og dets kostnader. Det betyr at samfunnets betalingsvilje for et tiltak bør være noenlunde proporsjonal med dets verdi. De to Lønningutvalgene (1987 og 1997) slo fast at verdien av et helsetiltak i første rekke bestemmes av helseproblemet's alvorlighetsgrad og den forventede effekten (nyttien) av tiltaket. Det er et bytteforhold mellom disse to faktorene. Et tiltak med moderat effekt rettet mot en alvorlig tilstand kan for eksempel bli like høyt verdsatt som et tiltak med stor effekt rettet mot en mindre alvorlig tilstand.

Høyest verdi har tiltak som med sikkerhet forhindrer menneskers død og i stedet gir dem fortsatt liv i normal helse. Da er både alvorlighetsgraden og effekten maksimal. For denne type tiltak vil samfunnets betalingsvilje være størst. Slike tiltak omtales ofte som livreddende, men strengt er de bare livsforlengende. Tiltakene kan variere meget etter hvor mye de i gjennomsnitt forlenger pasientenes liv, og hvordan forlengelsen er fordelt blant pasienter som behandles.

Vurderinger av kostnader og nytte har fått økende plass i norsk helsepolitikk.

I forbindelse med forholdet kommune/stat(sykehus) og innføring av mer like rammebetingelser bør det innføres samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalyser, også kalt økonomisk evaluering.

Lønnsomhetsanalyser skal brukes til å gjøre valg mellom ulike tiltak som konkurrerer om de samme ressursene..Lønnsomhetsanalyser er på den måten et hjelpemiddel ved prioriteringer både mellom pasientgrupper og mellom diagnoser. Til sist er analysene nødvendige bidrag for å vurdere alternative behandlingsformer. Samme medisinske utfall kan oppnås ved ulike tiltak. Lønnsomhetskalkyler skal hjelpe beslutningstakerne ved at analysene

viser de riktige kostnadene per enhet helsegevinst, enten den måles i form av sparte leveår eller andre mål på oppnådd livskvalitet.

Det er oppstått mange uavklarte ansvars- og styringsproblemer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten etter innføring av sykehusreformen og innsatsfinansiert finansiering. Styringsproblemer av denne art vil kunne oppstå når det økonomiske ansvaret for pasientene skifter, altså at en instans kan slippe kostnader ved å få pasienter overført til andre.

Finansieringsordningene for pleie- og omsorgssektoren og for helseforetakene reiser mange kompliserte spørsmål. St.meld. nr. 31 (2001-2002) avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen «Fra hus til hender» gir en generell vurdering av finansierings- og brukerbetalingsordninger. I denne er det sagt at det skal sees på grensesnittet mellom sykehus og primærhelsetjenesten, og på gråsoner mellom behandling i og utenfor sykehus.

2. Prioritering av grupper

Ressurskrevende pasienter må få økt status i 2.linjetjenesten (for eksempel syke eldre og kronikere). Dagens finansieringssystem til sykehusene fordreier helsebehandlingsbildet.

Innspill fra Nore og Uvdal kommune:

- Det er de siste år innført store reformer som har stor betydning for pleie og omsorgstjenesten i kommunene og også i forholdet til stat/sykehus. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter, Helsepersonelloven, Handlingsplan for omsorgstjenesten, handlingsplan for helse og omsorgspersonell, Handlingsplan for rehabilitering og habilitering, Opptrappingsplan for psykisk helse perioden 1999 – 2006, Fastlegeordningen, Sykehusreformen. Disse reformene er viktige reformer som skal bidra til økt kvalitet, og med fordel burde vært samordnet med felles plattform kommune stat/sykehus . St.meld. nr. 26 Om verdier for den norske helsetenesta med nedenstående hovedelementer (se kursiv) burde vært utgangspunkt for en større grad av kopling mellom prioriterings- og kvalitetsarbeidet kommune/ stat/sykehus. Dette vil være kostnadssparende og effektivitetsøkende og økt kvaliteten for helsetjenesten samlet sett.
- ✓ *En opptrapping av ressursinnsatsen i sjukehus gjennom planen for utstyrsinvesteringer og økt vekt på innsatsstyrt finansiering.*
- ✓ *Målrettet innsats på personelltiltak for å sikre utdanningskapasitet, rekruttering og fordeling av helsepersonell.*
- ✓ *Et omfattende utviklingsarbeid for bedre arbeidsdeling og organisering på ulike nivå i helsetjenesten.*
- ✓ *En omlegging av primærlegetjenesten med sikte på bedre pasient-legekontakt og bedre bruk av ressursene.*
- ✓ *Forpliktende opptrappingsplaner for ressursinnsatsen i psykiatri og kreftomsorg.*
- ✓ *En gjennomgripende fornying av de sentrale deler av helselovgivningen.*
- ✓ *Satsing på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.*

3. Lokal selvbestemmelse

Den lokale selvbestemmelsen må sikres og ikke svekkes, og det må tas hensyn til at kommunene er svært ulike i forhold til befolkning og alderssammensetning, og dermed også i tjenesteprofil.

Innspill fra Nore og Uvdal kommune:

Den lokale selvbestemmelsen må sikres og ikke svekkes, og det må tas hensyn til at kommunene er svært ulike i forhold til areal, avstand tilsykehus, befolkning og alderssammensetning, og dermed også i tjenesteprofil.

4. Pasient- og brukerrettigheter

Utvalget fremmer flere forslag om å styrke rettighetslovgivningen, blant annet ved forslag om å utvide pasientombudsordningen, og en sterkere lovfesting av brukerdeltakelsen. Vi tror at tilstrekkelige ressurser til å løse pålagte oppgaver er bedre enn en styrket rettighetslovgivning. Etter vår mening er dagens ordning med rettigheter gjennom pasientlovgivning tilstrekkelig, og at pasientombud også for kommunene vil bidra til mer "advokatmat" (økte kostnader for pasientene), pålagt administrasjon (flere planer og mer rapportering), økt byråkrati (mer papir) og flere tilsyn. Det er meget ressurskrevende for kommunene å stadig måtte søke/rapportere for å få økonomiske ressurser til utviklingsarbeid.

5. Styrket pasientopplæring

Dette prinsippet gjelder også brukermedvirkning. Det er viktig at innbyggerne ikke blir gisler eller symboler for kommuner og/eller faggrupper, men at det er opp til hver kommune og finne gode lokale løsninger som styrker brukerperspektivet. Vi slutter oss til utvalgets forslag om å styrke pasientopplæringen og dermed hjelp til selvhjelp.

6. Pasientansvarlig lege

Ordningen med pasientansvarlig lege i 2.linjetjenesten må opprettholdes og forsterkes, og ikke svekkes slik utvalget foreslår. Dette er særlig viktig for pasienter med sammensatte problemer, og som veksler mellom fastlege, sykehus og kommunehelsetjenester. Ordningen med pasientansvarlig lege bør også utvides til pasientansvarlig sykepleier, og turnussystemer bør i større grad enn i dag tilpasses brukernes behov for kontinuitet.

7. statlig ansvar for et helhetlig IKT system

Godt samarbeid mellom pasient og de ulike tjenestenivåene forutsetter et velutviklet og framtidsrettet elektronisk informasjonssystem. Staten må rydde opp i de ulike pasientopplysningssystemene og prioritere dette arbeidet. Fragmentert ansvar og mange ulike fagpersoner å forholde seg til, er en av de største kvalitetsutfordringene i helsetjenesten både i 1. og 2.linjen.

Vedlegg

- høringsbrev
- NOU 2005:3, kap.2 sammendrag