

Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 150
Arkivkode: 500	Journ. dato: 100605
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Deres ref.:

Vår ref.: 200500756-2

Bergen 6. juni 2005

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

Vi viser til høringsbrev frå Helse- og omsorgsdepartementet til NOU 2005:3 – ei samanhengande helsetjeneste.

Våre kommentarer vil bli organisert i forhold til ynskje om kommentarer på ulike nivå etter pkt 1-3 nedanfor.

1. Forslag knytt til økonomiske og organisatoriske rammevilkår
2. Forslag knytt til pasientperspektivet
3. Forslag knytt til samhandling mellom tenesteytarane

Først nokre generelle kommentarar:

Helse Bergen er samd i at det er eit hovudproblem at pasientar og brukarar som treng hjelp frå fleire nivå i helsestenesta i dag i mange høve ikkje får eit så godt tilbod som ynskjeleg. Det er etter vår vurdering også ei rett analyse at det er behov for tiltak av ulik karakter på ulike nivå.

Kanskje det viktigaste er å skape ei felles forståing av at det er brukaren som skal stå i fokus og at føretak og kommunar er likeverdige hjelparar for brukaren.

Den underliggande utfordringa i innstillinga handlar om å få til det nødvendige lagspelet mellom pasient, pårørande og tenesteytarane, og sikre at alle insitament understøtter dette samarbeidet. Det krev mellom anna at den einskilde tenesteytaren ser seg sjølv som ein lagspelar og ikkje ein individualist som kan operere fråskilt frå andre fagfolk. Den individuelle prestisjen til fagfolk lyt då tonast ned til fordel for ein felles koordinert innsats i høve til brukarane.

Helse Bergen er samd i dei aller fleste konkrete einskildtiltaka som blir foreslått i rapporten. Helse Bergen meiner det er viktig og krevjande å sørge for at aktuelle tiltak vert iverksett. Iverksetting av tiltak når det gjeld organisatoriske og økonomiske rammevilkår er eit hovudansvar for departementet. Øvrige tiltak må gjennomførast ved endringar i lover og forskrifter samt gjennom bestilling frå departement til regionale føretak og vidare i styringsdokument til lokale føretak. På same måte må ein bestille tiltak i kommunane. Det er i Helse Bergen etablert god samhandling mellom foretak og kommunane med faste møter der iverksetjing av bestillingar når det gjeld samhandling kan forankrast. Det er samtidig behov for etablering av faglege samhandlingssystem som sikrar at alle aktuelle helsearbeidarar får naudsynt og likelydande informasjon og der ein kan bli samde om praktiske løysingar for aktuelle problemstillingar.

1. Forslag knytt til økonomiske og organisatoriske rammevilkår

- *Bruk av økonomiske verkemiddel:*

Det er i dag få økonomiske stimuli for å samarbeide mellom nivåa i helsetenesta, det nivå som etablerer eit tilbod må dekke kostnader knytt til tiltaket åleine. Det er nødvendig å etablere finansieringsordningar som støttar opp om ei samanhengande tiltakskjede for aktuelle brukargrupper. Som eit døme vil me nemna kreftomsorga med palliativ behandling.

Lungeavdelinga har tilsett kontaktsjukepleiar som utfører en god del heimebesøk. Etter vanlege vurderingar er dette i dag primærhelsetenesta si oppgave, og den gjev inga inntekter for Lungeavdelinga. At ein likevel gjer dette og ønskjer å bygge dette ut vidare skuldast at ein trur dette er til beste for pasientane og deira pårørande, samtidig som det kan gi en samfunnsøkonomisk gevinst ved å førebygge innleggingar i sjukehus.

Det er mange døme på samhandlings tiltak som ein har satt i gang på trass av manglande insitamant. Vi trur det også på fleire områder vil bli sett i verk slike tiltak om det økonomisk vert lagt til rette.

Det er svært effektivt å nytte økonomiske verkemiddel. Mykje av aktivitet vert styrt med utgangspunkt i økonomiske insentiv. Når dei ikkje stimulerer til samhandling, vert samhandlinga lett ein salderingspost og tradisjonelle arbeidsmåtar vert i staden haldne ved like.

Takst – og refusjonssystemet:

Helse Bergen sluttar seg til følgjande forslag:

- Fjerne insentiv til oppstykking av pasientforløp
- Finansiering av rettleiings- og ambulant verksemd bør vurderast
- Oppnå kostnadsnøytralitet ved dyr medikamentell behandling av alvorleg sjukdom uavhengig av kvar pasienten er i helsetenesta.
- Etablere ordning med statleg finansiering i form av refusjonar for tilstedevakt i interkommunale legevakter.

- *Fjerne insentiv for oppstykking av pasientforløp:* I dag er det ingen insentiv for å drive rettleiing og ambulant verksemd noko som truleg har som konsekvens at slike ordningar har eit mindre omfang enn ønskjeleg. Helse Bergen meiner takster/refusjoner som dekker faktisk kostnad er nødvendig for at slike ordningar skal kunne bli meir nytta.

- *Forsøk med interkommunale virksomheter :* Helse Bergen meiner mange mindre kommunar gjennom etablering av interkommunale verksemder kan gje eit betre fagleg tilbod til aktuelle brukargrupper enn på eiga hand. Både bygningsmessig, utstyrmessig og spesielt rekruttering av helsepersonell blir lettare. Det er ein føresetnad at verksemdene får forutsigbare og fornuftige rammer for verksemda og sjølv kan organisere drift.

- *Forsøk med utførerenheter i felleseie mellom 2.og 1.linjetjeneste :* Helse Bergen har gode erfaringar med legevakt i felles eige med Bergen kommune. Helse Bergen har under etablering fellesprosjekt når det gjeld 1 ½ linje mellom Helse Bergen og Bergen kommune. Helse Bergen ser svært positivt på slikt samarbeid der ein kan gje brukarane eit meir samanhengande helsetilbod enn i dag. Både kommunar og helseføretak vil også kunne vinne på å etablere fellestilbod i gråsona mellom nivåa. Mange brukarar fell i dag mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta på grunn av manglande samhandlingsordningar.

- *Finansiering av legemiddel:* Helse Bergen er samd i at all medikamentell behandling må finansierast ved hjelp av kostnadsnøytrale ordningar, uavhengig av kvar pasienten er. Det er uakseptabelt at einskildpasientar kan ”vippe” budsjettbalansen i sjukehusavdelingar eller kommunale system.

Utgiftene til legemidler er i dag en av de mest uforutsigbare postene i mange avdelinger sitt utgiftsbudsjett. Dagens system er lite tilfredsstillende og fungerer dårlig for avdelinger som har utgifter til dyr behandling. Dagens ordning kan verke etisk betenkjeleg, ettersom pasientar lett kan fange opp signal om at dei er til belastning for systemet p.g.a dyre medikament.

- *Forslag om friske pengar til betring av samhandling*
For å få iverksett mange av dei tiltak som utvalet kjem med forslag om vil det sjølvsagt vera ynskjeleg med friske pengar. Både kommunane og helseføretaka er på kort sikt bundne av sine eksisterande prioriteringar og disposisjonar. Det er ynskjeleg å stimulere samhandlinga på denne måten. Dette bør skje samtidig som ei arbeider for etableringar av finansieringsordningar av meir permanent karakter som stimulerer samhandling. Midlane må også kunne nyttast til forskiing og evaluering av aktuelle tiltak. Helse Bergen forstår ikkje kvifor slike midlar skal kanalisert berre gjennom kommunane.

2. Forslag knytt til pasientperspektivet

- *Brukarmedverknad:* Aktiv tilrettelegging for brukarmedverknad kunne vert meir presisert. For dei med langvarige og samansette problem krevst det særlege pedagogiske tiltak for å trekke dei med i den individuelle prosessen. Ordning med personleg koordinator kan bidra til det. Det bør leggst opp til systematiske erfarings-tilbakemeldingar frå brukarar slik at dei stadig kan minne fagfolk om kva som fungerer bra og ikkje bra i systemet. Det er behov for Brukarutvalg på eit overordna plan mot regionale føretak og helseføretak og kommunar. Brukarmedverknad må i tillegg knyttast nærare opp til den kliniske verksemda. Forslaga i NOU 2005:3 kan bidra til å setje brukarmedverknad på dagsorden på eit overordna strukturelt nivå. Framheving av pasientars rett til medverknad og påverknad på helstetenester vert støtta.
- *Individuell plan:* Helse Bergen er samd med utvalet i at individuell plan må målrettast betre enn i dag. Vi opplever at eit hovudproblem er manglande legitimitet for ordninga. Dette skuldast etter vår vurdering at ein har for store og formelle krav til individuell plan samt at det er forventa at svært mange brukarar skal ha slik plan. Skipping av eigen nasjonal indikator når det gjeld individuell plan er etter vår vurdering uheldig. Det er etter vår vurdering ikkje eit mål at flest moglege skal ha slik plan, men at dei som treng det får det.
- *Pasientansvarleg lege:* Helse Bergen er samd i at ordning med pasientansvarleg lege må målrettast. Vi meiner sjølvsagt at alle brukarar skal kunne få eintydig informasjon i sitt møte med helsetenesta. For brukarar med korte opphald på sjukehus er det behova mindre enn for ein pasientansvarleg lege enn når brukaren har lengre opphald og behov for strukturert oppfølging etter sjukehusopphaldet. Dersom ordninga blir målretta mot desse gruppene sikrar ein legitimitet, at pasientar som treng viktig informasjon får slik og at samhandlingspartnarar i og utanom sjukehuset veit kven ein skal venda seg til.
- *Pasientopplæring og informasjon:* Helse Bergen meiner lærings- og meistringarbeidet bør styrkast slik utvalet kjem med forslag om. Helse Bergen er også samd i at det bør utviklast felles arena for læring og kompetanseoverføring der kommunane bør vera likeverdige partar.
- *Pasientombod og tilsyn:* Helse Bergen er samd i at pasientombod og tilsyn også skal gjelda førstelinetenesta.

3. Forslag knytt til samhandling mellom tjenesteutøverne

- *Legetenester i kommunane:*

Helse Bergen meiner det er viktig at fastlegane sin koordinerende funksjon og ansvaret for pasientane sin totale situasjon blir klarare enn i dag. Å auke tida fastlegane brukar til samfunnsmedisinsk arbeid / samarbeid om pasientar med samansette behov vil kunne ha god effekt, om det organisatorisk blir lagt til rette for det. Det er viktig at det vert opna for avtaler som kan fastsetje lengda på legen sine pasientlister når det gjeld nye legar. Fastlegeforskrifta bør endrast i tråd med forslaget. Samfunnsmedisin bør prioriterast når det gjeld ressursar og prestisje. Dei økonomiske tiltaka som er foreslått verkar kloke ved at insentiva legg mindre vekt på egedelar og stykkprisfinansiering, og meir vekt på basistilskot og alderssamansetting i pasientlistene. Sjukdomskompleksitet (uavhengig av alder) bør også verka inn når det gjeld økonomisk uttelling i pasientlistene. Det bør stillast krav til kommunane på dette felt. Samhandlingsproblemstillingane er størst i dei store bykommunane

- *Anna privatpraktiserande helsepersonell:*

Helse Bergen støttar forslaget som gir større styring gjennom funksjons- og kvalitetskrav til anna privat helsepersonell som yter tenester til personar med store og samansette behov. Det vil stimulere dei til å yte meir heilskaplege tenester; sjå sine tilbod som ein del av ein større samanheng.

- *Formaliserte avtalar mellom HF og kommunar:*

Helse Bergen er samd i at det er behov for klare avtalar mellom kommunar og helseføretak. Helse Bergen har inngått avtalar med alle kommunane i sitt opptaksområde. Vi er samde i at det er naudsynt med konsekvensutgreiingar forut for nye tiltak, fokus må vera på tiltak som gjev brukargrupper eit betre tenestetilbod enn i dag.

- *Tiltak for å styrke rehabiliteringstenesta:*

Det er som regel i det kommunale nivået ressursane kjem til kort, noko som framstår som eit paradoks ettersom det er kommunane som skal ha det største ansvaret for pasientar med trong for (re)habilitering. I mange kommunar ser organisering og tilrettelegging for rehabilitering ut til å mangle forankring og / eller prioritering i toppleiinga i kommunane. Summen av tiltak som er foreslått i denne innstillinga vil ha positiv verknad for rehabiliteringstenester, dersom dei vert sett ut i livet. Dei som har eit overordna ansvar for (re)habiliteringstenestene på kommunalt nivå må då syte for å sikre dei nødvendige rammene for denne verksemda. Presset på dei kommunale tenestene, særleg pleie og omsorgstenester, har auka, og ein har fleire stadar sett ei nedprioritering av rehabiliteringstenester. (til dømes har kommunale rehabiliteringspostar i sjukeheimar blitt ståande ubrukte, pga manglande ressursar til drift) For at tiltakskjeda når det gjeld rehabilitering skal kunne fungere må kommunane som primæransvarleg for rehabilitering gje nødvendig tilbod til brukarane i eigen kommune.

Spesialisthelsetenesta si habiliteringsverksemd har sidan gjennomføringa av HVPU reforma, i det vesentlege vore eit tilbod via ambulante team som formidlar tenestene sine til brukarar og helsepersonell der brukarane bur. Dialog og samhandling mellom personell frå ulike nivå og etatar, samt brukar og/eller denne sine representantar finn stad i kommunane. Individuell planlegging av heilskaplege tilbod tek dermed utgangspunkt i det aktuelle lokalmiljøet, der tyngda av tenester skal gjennomførast. Ambulant oppfølging av habiliteringspasientar gir godt grunnlag for å oppnå reell brukarmedverknad og til lokal kompetanseoppbygging. (Jfr Sosial- og helsedirektoratet si pågåande undersøking av vaksenhabiliteringstenestene i Noreg)

- *Ei adresse for samhandling:*

Det er viktig at rapporten slår fast at primærhelsetenesta er fundamentet i helsetenesta og at fastlegen er ein del av primærhelsetenesta. Ein av intensjonane ved fastlegereforma var at ein skulle ha ei adresse for ansvar, men fastlegane har ikkje fått ei slik rolle i praksis. Helse Bergen meiner det i mange av kommunane er for uklart kven som skal ansvarleggjerast i høve samhandling og oppfølging av brukarar. Å etablere ei adresse for samhandling vil gjera

ansvaret tydelegare. Legetenesta i kommunane framstår i dag som ukoordinert med det øvrige hjelpetilbodet.

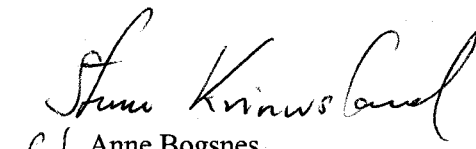
Et tettere samarbeid mellom sjukehusavdelingane og fastlegene/ pleie og omsorg om behandling og oppfølging av pasientene bør utviklast (bla. for å sikre betre kvalitet på tenestene og unngå unødvendig behandling og utgifter). Her er betre gjensidig tilgang viktig.

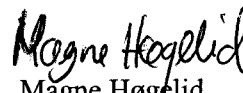
Å etablere tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling meiner vi er svært viktig. Etablering av nettverk med ansvarspersonar innanfor sjukehusområda som inkluderer representantar frå kommunar, føretak, lærings- og meistringssenter, opptreningsinstitusjonar m.v vil kunne legge grunnlag for betre informasjon. Slike nettverk treng koordinering og konkrete oppgåver. Helse Bergen har ei god dialog med Bergen kommune, gjennom driftsmøter kvar veke som dekker deler av behovet for samhandling og informasjonsutveksling.

- *Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring:* Ved sida av økonomiske og juridiske rammevilkår, er dette den viktigaste føresetnaden for å endre praksis i helsevesenet. Realkunnskap i samhandling inneheld mange fasettar som går utanpå den reint faglege kunnskapen. Samstundes som ein treng ha meir kunnskap i grunnutdanninga, er det viktig å etablere tverrfaglege tilbod i etter og vidareutdanning. I tillegg kan helsetenesta i større grad rekruttere personell som innehar spesiell kompetanse på dette området; trekke dei med i utviklingsarbeid som rettar seg mot å betre samhandling. Ein støttar elles dei andre forslaga under dette punktet i innstillinga.

- *Krav til leiing og oppfølging:* Samhandling treng sterk forankring på leiarplan i førstelinetenesta og i andrelinetenesta. Like viktig er gode system for samhandling mellom helseforetak og kommunar. Tradisjonelt har fokus på samhandling mangla i helsevesenet. Det er det faglege innhaldet i tilboda som har stått sentralt i tenesteproduksjonen. Det må vera eit mål at den faglege kommunikasjon og dialog på leiarplan har same fokus. Det er viktig for samhandlinga at tilboda vert sett inn i ein samanheng noko som og vil skape større tryggleik for pasientane. Dette punktet understøtter pasientperspektivet.

Med vennlig hilsen
HELSE BERGEN HF


Anne Bogsnes
Administrerende direktør


Magne Høgelid
Rådgjevar

Kopi: Helse Vest RHF