

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 160
Arkivkode: 500	Journ.dato 22.06.05
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Vår ref:
200500179-11/008
Saksbehandler:
Folke Sundelin, tlf. 62 58 55 34Deres ref:
200500444Dato:
20.06.2005**Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste - høring**

Helse Øst har med stor interesse fulgt Wisløff-utvalgets arbeid, og administrasjonen på RHF hadde også gleden av gjensidige orienteringer under utvalgets dagsbesøk på Hamar.

Vi vil generelt si at utvalget, i forhold til sitt mandat, har kommet med en gjennomarbeidet innstilling preget av godt kjennskap til helsetjenestens oppbygning og arbeidsform. Todelingen av helsevesenet gjør at det er stort behov for god samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, men påpekningen av behovet for intern samhandling internt i spesialist- og primærhelsetjenesten er også svært viktig.

Det er vanskelig for helseforetakene å sette i gang gode pasientrettede nye tiltak, særlig for såkalte "halvannenlinjetjenester" der det kreves samarbeid og medfinansiering fra begge nivåene, uten at finansieringen er klar, i form av drgtakster eller andre refusjonsordninger.

Samhandling dreier seg i utstrakt grad om pasientgrupper som trenger gode og sammenhengende helsetjenester. Blant de prioriterte gruppene dominerer kroniske pasienter, ikke minst innen psykiatri. Helse Øst legger stor vekt på å følge opp prioriteringsforskriften. Imidlertid ser vi ikke bort fra at endringen i ISF-refusjonen fra 40 til 60 % i 2005, med en tilsvarende reduksjon i basisbevilgningen, kan skape vridninger vekk fra prioriterte pasienter.

Vi har valgt å følge henstillingen i høringsbrevet av 01.03.05, og vil kommentere de deler av utvalgets innstilling som departementet har reist særlige spørsmål om. Når det gjelder de forhold vi ikke har kommentert særskilt, har disse enten vært mindre viktige for oss eller vi er overveiende enige i utvalgets synspunkter og forslag. Helse Øst er kjent med at helseforetakene i denne saken er invitert til å komme med selvstendige høring, og har ikke villet påvirke disse gjennom initiativ fra RHF.

1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Øremerkede tilskudd til samhandling (10.4.6)

Helse Øst støtter forslaget om øremerkede midler (samhandlingsmilliarden) til tiltak som i dag ikke har en definert finansiering, jfr. vår innledning om "halvannenlinjetjenester". Erfaringen viser at det har vært vanskelig å få til varige og gode samhandlingstiltak rettet mot pasienter med behov for et tjenestetilbud som ikke er pålagt eller etablert i dagens arbeidsfordeling. Dersom en ikke kan øyne en sikker fremtidig finansiering, har det også vist seg at mange slike tiltak ikke har overlevd en prosjektfase.

Vi ser også behovet for å forplikte avtalepartene, og slutter oss derfor til utvalgets forslag om krav til formaliserte avtaler, helst med aktivitetsbaserte krav, for å utløse midler. Vi støtter også forslaget om tilsvarende ordning med krav til samhandlingstiltak for utløsning av statlige midler fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Oppfølgingen av kravene til reell samhandling er mer vesentlig enn om midlene kanaliseres til kommune- eller spesialisthelsetjenesten.

Samtidig ser vi en fare ved at partenes egenansvar pulveriseres. Dette kan forebygges ved krav om en viss delfinansiering fra hver av partene. Det må også være et nasjonalt ansvar at tiltakene dokumenteres og evalueres, slik at en sikrer at kun gode og effektive tiltak videreføres når de ekstraordinære midlene fjernes. Finansieringsopplegget må også gjøres så robust at tiltakene sikres overlevelse, enten ved særskilt varig finansiering eller ved at midlene kanaliseres inn i de ordinære driftsrammer.

Andre økonomiske virkemidler (10.4.4 og 10.4.5)

Vi har erfaring for at noen finansieringsordninger kan bidra til god samhandling, men ser mange eksempler der finansieringen enten påvirker samhandlingstiltak negativt eller iallfall ikke understøtter god samhandling. Utvalget har vist noen eksempler på slike ordninger, og dette fortjener en mer konkret gjennomgang av samfunnsøkonomer og helsefaglig personell i fellesskap. På lokalt nivå vil det være krevende å lage egne refusjoner knyttet til enkelte pasienter og pasientgrupper. Det bør derfor være et nasjonalt ansvar at det finnes data for pasientforløp som kan brukes til å prioritere forebyggende tiltak, behandling og oppfølging for kroniske pasienter og andre storbrukere av helse-, pleie- og omsorgstjenester.

Helse Øst støtter utvalgets forslag om takster for ambulant virksomhet. Oppbyggingen av slike takster må bidra til en helhet rundt pasientforløpet, ved å kombinere kvalitet for pasienten og god samfunnsøkonomisk ressursutnyttelse.

Styrkeforholdet mellom tjenestenivåene

Utvalget peker på den skjevhet i styrkeforhold som vil være særlig synlig mellom store helseforetak og små kommuner. Etter vår erfaring er det ikke bare kommunestørrelse og kommunens kompetanse som er avgjørende for en likeverdig dialog. Flere av våre helseforetak har svært mange kommuner og bydeler å forholde seg til. Kommunene har stor frihet til egen organisering, og mange har gjennomført hyppige organisasjonsendringer og har organisert sine helse-, pleie- og omsorgstjenester svært forskjellig. Resultatet er at sykehusavdelinger og –ansatte har store utfordringer med å holde oversikten og vite hvem de skal samarbeide med. Samtidig vet vi at våre samarbeidsparter i kommunene kan oppleve helseforetakene

som fragmenterte og sammensatte aktører, der det også skjer og har skjedd betydelige endringer.

Krav til formaliserte samarbeidsavtaler (10.3.3)

Helse Øst har allerede prioritert arbeidet med å få på plass samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. Likeverdigheten i avtaleordningen medfører at arbeidet tar noe tid, men det er vårt klare inntrykk at begge parter viser sterk vilje til å få frem gode avtaler. Utfordringen ligger i neste ledd – å sikre at avtalenes intensjoner blir materialisert og gjennomført. Det handler bl.a. om å forplikte mellomledere i en travel hverdag med tungt driftsansvar, samt at en ikke undervurderer betydningen av kultur og enkeltpersoners holdninger og innsats. Det er viktig at det er rom for lokale løsninger og tilpasninger, både pga kommunale variasjoner og forhold i helseforetaket.

Vi tror at kravet til gjensidige konsekvensutredninger kan oppfattes som tungt, selv om intensjonen er god. Dersom kravet kan forstås som at begge parter på forhånd skal orientere hverandre - og drøfte – større endringer i organisering, innhold og volum av hverandres (del)tjenester, mener vi at hensikten er oppnådd. Utover det mener vi at formaliseringen av økt samarbeid gjennom avtalene vil ivareta dette punktet.

Utfordringer knyttet til ledelse (10.3.6)

Helse Øst har hele tiden prioritert arbeidet med god ledelse, fordi gode helsetjenester er avhengige av mer enn finansieringsordninger og eierskap. Utviklingen stiller store krav til endring og nye arbeidsformer. Overordnede avtaler og møteplasser for toppledere er nødvendige, men ikke tilstrekkelige betingelser for samarbeid. For å forstå behovet for å gå utover eget ansvars- og arbeidsområde, må ledere på utøvende nivå gis kompetanse, innsikt og tid. Vi støtter derfor forslaget om å stille krav til resultater på samhandling, og at dette forankres på alle ledelsesnivåer i organisasjonen.

Presset på kommunale tjenester

Innstillingens kapittel 5 peker på mange viktige utviklingstrekk, som i stor grad vil være felles for kommunene og helseforetakene. Både kommune- og spesialisthelsetjenesten skal betjene en økende eldre befolkning og en befolkning med mer sammensatte behov.

I Helse Øst varierer praktiseringen av forskriften for kommunal betaling av ferdigbehandlede pasienter på sykehus. Vi har arbeidet aktivt for å få andelen korridorpasienter i våre sykehus ned. I startfasen var forskriften ett av flere virkemidler for å få presset frem gode samarbeidsordninger, men vårt inntrykk nå er at gode tiltakskjeder med raske og riktige tilbud til utskrivningsklare pasienter blir oppfattet som god driftsøkonomi av begge parter.

Forslag om sameie av tjenestearenaer (10.4.2)

Selv om mandatet forpliktet utvalget til å forholde seg til dagens todelte helsevesen, støtter Helse Øst utvalgets vurderinger av at det er formålstjenlig å gjennomføre forsøk med samling av tjenesteansvaret til ett nivå. Vi er kjent med at det allerede foregår forsøk med elementer av sameie, både i vår og andre helseregioner. Utgangspunktet for slike forsøk må være et felles ønske om å tilby befolkningen gode helsetjenester. Det er derfor viktig at man utnytter det som finnes av lokal vilje og initiativ, og at det åpnes for lokale variasjoner, men det må legges noen sentrale

rammer som gjør både kommuner og helseforetak i stand til å gjennomføre forsøksfasen uten for stor risiko.

2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

Helse Øst vil innledningsvis berømme utvalget for måten pasientene er plassert i sentrum, for å vise at pasientperspektivet er det sentrale i all samhandling. Vi vil derfor understreke at også forslagene og kommentarene under pkt. 1 og 3 har som mål at pasientene skal merke bedre samhandling.

Vi støtter utvalgets forslag om å harmonisere og presisere lovverket (10.2.1 og 10.2.2). Helse Øst har satset sterkt på reell brukermedvirkning, og vi har gode erfaringer med RHF sitt brukerråd og helseforetakenes brukerutvalg. Våre erfaringer kan ikke uten videre overføres til små kommuner. Vi vil likevel tro at det må være viktig at kommunene samler og effektiviserer sine ulike bruker-organ.

Brukerrådet i Helse Øst har gitt innspill til vår høringsuttalelse, og rådet uttrykker særlig bekymring for om eldre pasienter får en forsvarlig behandling og oppfølging. De ser på samarbeidet og samhandlingen med kommunene som ekstra viktig når det gjelder geriatriske pasienter, som trenger rask mobilisering og rehabilitering, samt jevnlig kontakt med helse- og rehabiliteringstjenesten etter utskriving. De mener at en godt tilpasset geriatrisk behandling både vil gi den enkelte bedre livskvalitet og være samfunnsøkonomisk gunstig.

Rådet ser på lokalsykehusfunksjonen som helt sentral for å ivareta brukere med store og sammensatte behov. Dette bør skje gjennom gode samarbeidsavtaler, samt ved at kommunene og spesialisthelsetjenesten sammen løfter virksomhetsområdet rehabilitering. Lærings- og mestringssentrene er en viktig arena for opplæring av pasienter, og rådet krever at finansieringen av alle LMS-ene må avklares og prioriteres slik at flest mulig brukere får nytte av tilbudet.

Helse Øst har positive erfaringer med at helseforetakene selv har forbedret sitt arbeid med epikrisene og sine måltall på epikrisetid. Gjennom felles, konsentrert og målrettet arbeid har helseforetakene selv sett at det nytter, og fastlegene og pasientene vil forhåpentlig høste effektene av arbeidet. Brukerrådet har etter en dialogkonferanse fulgt opp dette, og utfordrer nå Helse Øst på å ta epikrisen i bruk også overfor pasientene, for å styrke pasientenes informasjonsnivå, forståelse og medvirkning.

Vi har også erfart at det er et stort forbedringspotensial i bruken av individuell plan (10.2.2). Fra det regionale nivå ser Helse Øst et behov for at forslagene til lov- og forskriftsendringer må sikre at spesialisthelsetjenesten fortsatt får et klart ansvar for å initiere og medvirke til gode planer.

Vi er enige i forslagene om endringer i dagens ordning med pasientombud og en fortsatt samlet organisering av tilsynet med helsetjenestene (10.2.5). Vi vet at det særlig er pasienter med psykiske lidelser, rusproblematikk, kronikere og syke eldre som er avhengige av helsetjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenester, og som oftest opplever at tjenestene er fragmenterte og usammenhengende. Hensynet til disse pasientgruppene bør derfor ivaretas også i denne delen av lovgivningen.

3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen (10.3.1)

Intensjonen med fastlegeordningen var at fastlegene skulle ha en sentral rolle i å koordinere pasientenes samlede tilbud, herunder ansvar og samarbeidsformer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fastlegene har en nøkkelrolle, ved at de står for størstedelen av henvisningene og innleggelsene i spesialisthelsetjenesten. De sitter derfor på vesentlig informasjon om pasientene, og har ofte også bedre kontinuitet i sine pasientforhold enn annet helse-, pleie og omsorgspersonell i kommunene.

I Helse Øst er vi derfor bekymret for den del av fastlegeevalueringen som sier at fastlegene har blitt mer isolerte på sine kontorer, spesielt i forhold til det personellet, som deres pasienter er avhengige av at de samarbeider med. Dette er særdeles viktig for psykiatriske pasienter, ruspasienter og pasienter tilknyttet eldreomsorgen og terminal pleie. Både sykehus og hjemmetjenester understreker derfor betydningen av at fastlegene er mer tilgjengelige, både for sine pasienter og samarbeidende personell.

Mange pasientgrupper og pasienter med store hjelpebehov er også avhengige av at kommunene har en aktiv samfunnsmedisiner som sin medisinsk-faglige rådgiver (kommune-overlege). Helse Øst har erfaring for at helseforetakenes samarbeid med den kommunale helse-, pleie- og omsorgstjeneste går bedre når denne funksjonen blir ivaretatt, men på individnivå er det selvfølgelig viktig at sykepleietjenestene samarbeider godt om pasientenes pleiebehov.

Helse Øst skulle gjerne ha sett at forslagene rundt den kommunale legetjenesten hadde vært enda tydeligere. Sykehusene er helt avhengige av å ha enkel og god kontakt med fastlegene. Praksiskonsulentordningen kan bøte på, men ikke erstatte en åpen og tillitsfull kontakt med den enkelte fastlege.

Vi velger foreløpig å se på forslagene under 10.3.1 som små skritt i riktig retning, og er usikre på resultatet av de forslag som innebærer forhandlinger mellom staten og legeforeningen. Men det er åpenbart riktig at en arbeider for at fastlegene får mer spesifikke funksjons- og kvalitetskrav, slik at både pasienter, sykehus og samarbeidende personell kan forholde seg til en mer enhetlig og forutsigbar primærlegetjeneste.

Med vennlig hilsen
Helse Øst RHF

Tor Berge
Adm.dir.



Bente Mikkelsen
Viseadm.dir.