

Oslo 20.12.2010

## **FORSLAG TIL NY NASJONAL HELSEPLAN**

Brukerutvalget viser til invitasjon datert 3. november 2010 til å gi innspill til Helse Sør-Øst RHF sin høringsuttalelse til ny nasjonal helseplan.

Brukerutvalget støtter reformens hovedretning og de fleste av de sentrale virkemidlene.

Brukerutvalget vil imidlertid peke på at tilrettelegging for brukermedvirkning på system- og individnivå gjennomgående bør være et virkemiddel i reformen. Dette er nærmere redegjort i punkt 4. Brukerutvalget mener brukerperspektivet i enda større grad må gjennomsyre den kommende nasjonale helseplanen.

Brukerutvalget vil også peke på at det er store forventninger til reformens innhold og resultat. Utvalget vil peke på departementets uttalelse om at reformen er en retningsreform. Brukerutvalget vil tilrå at reformen ikke overselges og skaper forventninger langt ut over det som vil bli gjennomført på kort sikt.

Brukerutvalget forventer imidlertid at nasjonale myndigheter holder fokus på den lokale utviklingen, og at man av hensyn til det totale helsetilbudet til befolkningen må gjennomføre beslutninger til tross for avgrensede lokale reaksjoner.

Brukerutvalget er usikre på behovet for reell overføring av oppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, dette i lys av at det er mange små kommuner og modellene for kommunalt samarbeid fremstår som krevende.

Brukerutvalget ønsker ikke innført finansieringsordninger som baseres på ”stykkprisprinsipp”. Utvalget mener dette kan gå ut over pasientsikkerhet og pasientrettigheter.

## Vedlegg

### Samhandlings- og kompetansemessige forhold

Forslag til samarbeid ved etablering av lokalt baserte (kommunale) tjenester støttes. Det vises til brukerutvalgets høringsuttalelse til forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester.

Brukerutvalget mener det viktigste for god samhandling er gjensidig respekt og omforent forståelse av ansvar og oppgaver. For å oppnå dette, trengs møteplasser og kjøreregler for hvem som skal gjøre hva.

Forslag til personell- og kompetanseutvikling støttes. Veiledningsplikten bør være gjensidig.

Forslagene innen IKT, e-helse og telemedisin støttes. Det vises til brukerutvalgets høringsuttalelse til forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester.

Forslag mht kunnskapsbasert praksis støttes. Kunnskapsbasert praksis defineres som å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Brukerutvalget vil spesielt peke på pasientenes og pasientorganisasjonenes erfaringer som grunnlag for god faglig praksis. Slike erfaringer må innhentes systematisk gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalg og andre brukerforum og dialog med brukerorganisasjonene.

Pasientsikkerhet er helt sentralt for behandlingsresultatet og befolkningens opplevelse av trygghet og tillit til helsetjenesten. Brukerutvalget har nylig avgitt høringsuttalelse til Nasjonal kampanje for pasientsikkerhet, se:

[http://www.helsesorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?C=37&I=1967&D=2](http://www.helsesorost.no/modules/module_123/proxy.asp?C=37&I=1967&D=2).

Brukerutvalget vil spesielt påpeke pasienten og pårørende som kilder til en sikker helsetjeneste. Bruk av informerte pasienter og dialog med pasient- og pårørende kan bidra til en sikrere helsetjeneste.

Når det gjelder tilgjengelighet mener Brukerutvalget begrepet tilgjengelighet omfatter mange forhold:

- Tjenestene skal være etablert og ha kapasitet
- Informasjon om tjenestene skal være tilgjengelige
- Det skal være etablert system for tolketjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn og for pasienter med og hørselsnedsettelse, samt etablert tilrettelegging for synshemmede
- Lokaler og informasjon skal være universelt utformet

## **Organisatoriske og avtalemessige forhold**

Når det gjelder prinsipper for sykehusstruktur støtter brukerutvalget at en desentralisert struktur legges til grunn, men tilbudene bør sentraliseres der behandlingstvolum er av betydning for kvalitet og resultat. ”Kvalitet fremfor nærhet, når vi må velge”.

Brukerutvalget slutter seg til at lokalsykehus som hovedregel ikke skal legges ned, men støtter at behandlingstilbudet i enkelte lokalsykehus må tilpasses dagens infrastruktur. Lokalsykehus kan i enkelte tilfelle omgjøres til helsehus(DMS/DPS) med ulike tilbud drevet av spesialisthelsetjenesten, av enkeltkommuner, som interkommunal tiltak og/eller i faglig og økonomisk samarbeid mellom flere aktører. Slik omlegging må skje over tid som en planlagt og koordinert prosess.

Brukerutvalget støtter felles kvalitetskrav til store og mindre sykehus, at mindre/lokale sykehus må ha breddekompetanse og at spesialisthelsetjenestens tilbud må tilpasses endringer i kommunehelsetjenesten. Samlokalisering støttes, men ansvaret må være avklart og tydelig for omgivelsene.

Desentraliserte tjenester i form av distriktmedisinske/psykiatriske sentra og ambulante tjenester støttes. Forslaget om at avtalespesialistene integreres tettere med øvrig helsetjeneste støttes.

Sykehusbehandling i eget hjem støttes under den klare forutsetning at pasient og pårørende samt eventuelt kommunalt personell har fått god opplæring. Det vises til brukerutvalgets høringsuttalelse til forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester.

Brukerutvalget støtter forslag til akuttmedisinsk beredskap, og at slik beredskap må inngå som del av det øvrige tjenestetilbud og forsterkes som følge av ny struktur. Det vises til brukerutvalgets høringsuttalelse til forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester.

Brukerutvalget støtter funksjonsfordeling mellom behandlingsnivåene. Av hensyn til pasientenes samlede behov er imidlertid brukerutvalget i sterk tvil om det er til pasientens beste med en funksjonsfordeling som i praksis leder til at pasienter i forløpet må transporteres over store avstander for å få ulike tilbud på samme behandlingsnivå.

Nordisk og internasjonalt samarbeid støttes.

Det viktigste for god samhandling er gjensidig respekt og omforent forståelse av ansvar og oppgaver. For å oppnå dette, trengs møteplasser og kjøreregler for hvem som skal gjøre hva.

## **Pasientrollen – pasientopplæring, læring og mestring**

Pasientrollen er i stadig utvikling. Forholdet mellom behandler og pasient har vært karakterisert av at pasienten har vært en passiv mottaker med liten innflytelse på egen behandling, mens helsetjenesten har lagt premissene for tjenestene til den enkelte. I en moderne behandler/pasientrelasjon er pasienten en aktiv deltaker i eget forebyggings-, behandlings-, rehabiliterings- og omsorgsopplegg. Behandleren er pasientens samarbeidspartner, og tjenestenes utforming bidrar til at pasienten kan ha en aktivt medvirkende rolle.

Ved akutte sykdommer og tilstander som krever intensiv behandling, vil de fleste pasienter være tilfreds med å overlate kontroll og beslutninger til helsetjenesten. Men oftest dreier det seg om oppfølging av kronisk syke pasienter, forebygging og rehabilitering. Resultatet vil ikke kunne kontrolleres av helsepersonell eller ”systemet”, men av de valg og beslutninger som pasienter og pårørende tar hver eneste dag. Disse valgene vil være påvirket av pasientene og pårørendes verdier, og kulturelle og samfunnsmessige forhold.

Følgende virkemidler for styrking av brukernes evne til medvirkning ansvar og mestring støttes:

- Felles helseportal til kvalitetssikret informasjon om forebygging av sykdom og håndtering av dagliglivets små og store plager
- Felles helseportal for helseinformasjon (informasjon om tjenester) til pasienter og brukere i Norge
- Elektronisk tilgang til egne data og mulighet for dialog med helsetjenesten må være tilgjengelig for pasienten
- Kontakt med helsepersonell gjennom internett-tjenester som epost, SMS og Facebook
- Styrking av arbeidet med individuell plan. Helsepersonell må få plikt til å delta i arbeidet med individuell plan. Ansvar for individuell plan må plasseres i kommunen når den enkelte har behov for tjenester både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Lærings- og mestringstilbud må videreutvikles, spesielt i kommunene. Det må sikres at tilbudene inngår i forløpene
- Pasienter skal få epikrise i hånden ved utskrivning
- Brukerstyring, brukerstyrte plasser ved DPS må sikres

Brukerutvalget vil påpeke at ikke alle har tilgang til/kompetanse i å bruke digitale medier. Det må derfor legges til rette for skriftlig informasjon, bl.a. gjennom

informasjonstelefoner. Digitale media må være et supplement til dialogen mellom pasient, pårørende og helsepersonell.

### **Brukernes rolle i tjenesteutvikling**

Pasient- og brukerorganisasjonene skal ha en viktig rolle som pådrivere for tilbudet, og bidra til kunnskap hos bruker, hos beslutningstakere og tjenesteutøvere.

Brukerutvalget vil at:

- brukerundersøkelser om kvalitet og omfang på tjenestene skal være et hjelpemiddel for å få fram brukernes meninger. Slike undersøkelser må utvikles sentralt og i kompetente miljø og utvikles i samarbeid med brukerutvalg, brukerorganisasjoner og/eller utvalg av pasienter (fokusgrupper). Dette både av ressurs- og kompetansehensyn.
- brukererfaringene skal benyttes i arbeidet med kvalitets- og tjenesteutvikling. Herunder må brukernes erfaringer trekkes inn i tiltak for å gjøre informasjon tilgjengelig.
- bestemmelser om brukermedvirkning i kommunene blir etablert. Det vises til brukerutvalgets høringsuttalelse til forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester.
- likemannsarbeid, brukerkontor, selvhjelpsgrupper og lærings- og mestringstiltak må styrkes
- både pasient- og brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner bidrar til å fremme folkehelse gjennom å aktivisere sine medlemmer og gjennom likemannsarbeid
- brukermedvirkning innenfor psykisk helsefeltet styrkes

### **Helhet og forutsigbarhet**

Brukerutvalget støtter at

- koordineringsfunksjonen styrkes i kommunen og mellom kommuner og helseforetak slik at pasientene opplever helhetlige og samordnede tjenester
- faglige retningslinjer og handlingsplaner utvikles i et forløpsperspektiv

- funksjonen som personlig koordinator styrkes og lovfestes
- kommuner og helseforetak pålegges å inngå avtaler om samhandling, oppgavefordeling og helhetlige pasientforløp
- det lages regionale planer for flere store pasientgrupper i forløpsperspektiv
- det etableres samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet om forslag til indikatorer på gode pasientforløp i spesialisthelsetjenesten
- avtalesystem mellom helseforetak og kommuner bør utvikles for å ivareta helhetlige pasientforløp

Også innenfor dette området er brukermedvirkning i alle tiltak viktig.

### **Innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten**

Brukerutvalget støtter ikke ordning med kommunal medfinansiering av behandling som skal foregå i spesialisthelsetjenesten basert på ”stykkpris” for enkeltpasienter. Brukerutvalget mener det kan samhandles om løsninger uten at samarbeidspartnerne skal påføres betalingsplikt knyttet til enkeltpasienter.

Brukerutvalget vil påpeke at administrasjonen av pengeflyt mellom nivåene vil være kostnadskreven og det vil bli vanskelig å beregne størrelsen på pasientantallet som det skal betales egenandel for (jfr stykkprisordningen slik denne fungerer i spesialisthelsetjenesten). Brukerutvalget tilrår på det sterkeste at det i loven legges vekt på positive incitament.

Forslaget om å innføre en kommunal “andel” ved sykehusinnleggelse av somatiske pasienter over 80 år eller for alle medisinske innleggelser/behandlinger på medisinske poliklinikker bør ikke innføres. En stor andel av sistnevnte gruppe er også eldre pasienter og forslaget kan oppfattes som aldersdiskriminering.

Dersom det allikevel blir innført en form for kommunal medfinansiering basert på forbruk, mener brukerutvalget alder ikke er et kriterium. Begrepet ”medisinske pasienter” er også noe uklart. Brukerutvalget mener man dersom ”sanksjon ved unødvendige innleggelser” blir tatt i bruk, må det utformes medisinske kriterier uavhengig av pasientens alder eller spesialitet i spesialisthelsetjenesten.

Hensikten må være at kommunene motiveres til å etablere tilbud som forebygger unødvendige innleggelser som følge av feil-/overmedisinering, manglende

mobilisering/aktivitet og/eller dårlig kosthold og/eller manglende pleie/fastlegedekning i kommunen, eller mangel på lokale lavterskeltilbud.

Det samme gjelder tvungen kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner. Kommunal medfinansiering her vil også skape problemer og kan føre til at tilbudene i disse områdene blir dårligere enn i dag. Brukerutvalget vil også vise til at kommunale tjenester primært skal gis i eller nærmest mulig hjemmet. Dette synspunktet er ikke til hinder for at kommuner kan inngå avtaler om tjenester ved slike institusjoner, dersom det er mer hensiktsmessig enn å bygge opp egne tjenester. Det vil alltid kunne skje "unødige" innleggelse, men etter brukerutvalgets mening er det andre måter å begrense tallet på slike innleggelse. Dette omtales nærmere nedenfor. Medfinansiering kan bli en risikosport. I verste fall kan man risikere at pasienter som helt klart kan profittere på behandling i spesialisthelsetjenesten ikke får dette, og derved taper leveår eller må leve med dårligere livskvalitet.

Brukerutvalget vil også peke på at en ordning med større grad av lokal frihet for organisering av løsninger kan gi utfordringer mht rettferdige egenandelsordninger og ordninger for betaling av medikamenter. Brukerutvalget mener regelverket må harmoniseres slik at pasientene får samme egenandel for likeartet tilbud, uavhengig av hvem som yter tilbudet. Tilsvarende gjelder betaling for medikamenter.

Regjeringen vil videre legge opp til en modell der det stilles krav til at de regionale helseforetakene sammen med kommuner kartlegger muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som bygger opp lokale tilbud til erstatning for dagens behandling i sykehus. Dette skal innarbeides i plan- og meldingssystemet. Beslutningsmyndighet for investeringer finansiert av helseforetakene skal fortsatt ligge hos helseforetakene.

Brukerutvalget støtter en modell hvor de regionale helseforetakene og kommunene samarbeider om kartlegging og finansiering av kostnadseffektive samarbeidsløsninger. Brukerutvalget mener dette er en langt mer hensiktsmessig modell enn en "stykkprisfinansiering" på grunnlag av alder eller behov for spesialitet.

For Brukerutvalget  
Alf Magne Bårdslett  
Leder