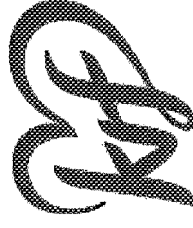
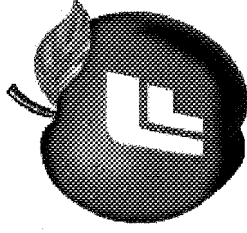


Pasientreform -enkeltnesketet i fokus



Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkepartis felles plattform i forbindelse med behandlingen av St. meld nr. 47 (2009-2010) Samhandlingsreformen

Folkehelsearbeid

1.1 I oppfølgingen av meldingen må det skilles klarere mellom primær- og sekundærforebygging og tidlig intervensjon i folkehelsearbeidet. Ansvarsforhold og finansieringsordninger må avklares. Kommunene og de frivillige organisasjonene spiller en viktig rolle i forhold til det generelle folkehelsearbeidet. Helsetjenesten og pasient/pårørende organisasjonene har en sentral rolle når det gjelder forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, opplæring og mestring knyttet til å leve med kronisk sykdom.

1.2 Det etableres øremerkede tilskuddsordninger for å bygge opp det forebyggende arbeidet i kommunene. Det skal blant annet settes i gang arbeid med å gi ordningen med grønn resept et forsterket innhold gjennom blant annet organisert friluftslivstilbud i lokalmiljøet. Ordningen legges frem i forslag til statsbudsjett for 2011.

2 Habilitering og rehabilitering

2.1 Det etableres en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen legges frem for Stortinget våren 2011. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organiseringen av tilbudet. Planen må sikre at kvaliteten og kompetansen i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes. Planen skal legge til grunn et fortsatt sterkt innslag av ideelle og andre private tilbud. Nasjonale spesialiserte kompetansemiljøer skal styrkes. Frem til planen er iverksatt skal Regjeringen sikre at eksisterende tilbud har langsiktige avtaler og forutsigbare rammer som sikrer videre drift. Planen skal blant annet bygge på de forslag som fremgår av Helse- og omsorgskomiteens tilrådning i Innst. S. nr. 325 (2008-2009), samt inneholde følgende elementer:

2.1 Diabetesplanen følges opp i statsbudsjettet for 2011 med en egen oversikt over hvordan planen skal følges opp årlig økonomisk.

2.2 Ordningen med behandlingsreiser til utlandet utvides, herunder ordning for følgetjeneste.

2.3 Det etableres et eget forskningsprosjekt knyttet til effekten av behandlingsreiser, der man tar sikte på å kartlegge samfunnsøkonomiske- og helsemessige gevinster ved slike behandlingsreiser

2.4 Det etableres en egen tilskuddsordning for varmtvannsbasseng. Muskel- og skjellettlidelser står for en svært stor andel av sykefraværet. En slik tilskuddsordning vil kunne ha store samfunnsøkonomiske gevinster, knyttet til lavere sykefravær og mindre forbruk av spesialisthelsetjenester og legemidler.

3. Tiltak for rusavhengige

3.1 Det må systematisk bygges opp kapasitet og kompetanse innen forebygging, behandling, rehabilitering og ettervern innenfor rusfeltet, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette skal skje gjennom en egen opptrappingsplan.

3.2 Det innføres en plikt som pålegger rusinstitusjoner og den enkeltes hjemkommune å utarbeide en avtale om ettervernstilbud fra dag en.

4. Samarbeid med private aktører

4.1 Det innføres en modell med samfunnskontrakt som sørger for at idelle og andre private aktører får langsiktige og forutsigbare rammer for sin virksomhet innenfor helse- og omsorgstjenesten. Den svenske modellen kan være et godt utgangspunkt for å utforme en slik kontrakt. Dette vil være et godt rammeverktøy som sikrer denne sektorens muligheter for å optimalisere sine bidrag i helse- og omsorgstjenesten.

5. Pasientrolle og pasientforløp

5.1 Pasienten sikres rett til å skifte pasientkoordinator.

5.2 Regjeringen skal i løpet av 2010 fremmer forslag til lovendring som sikrer rett til borgerstyrt personlig assistanse for mennesker med omfattende behov for praktisk og personlig bistand. Forslaget må også sikre at brukerne får rett til valg av arbeidsgivermodell.

6. Ny fremtidig kommunerolle

6.1 Kommunene må settes i stand til å kunne ivareta nye oppgaver. Det er særlig behov for kompetanse og kapasitet til å forebygge, diagnostisere og behandle. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal bygges opp gjennom en kombinasjon av økte frie midler og øremerkede midler. Øremerkede midler skal brukes til sikre at kommuner samarbeider med hverandre og spesialisthelsetjenesten, og dette innføres fra 2012. Dette gjelder for eksempel oppbygging av lokalmedisinske senter. Øremerkede midler kan brukes både ovenfor kommunene og helseforetakene. Dette vil bygge opp under meldingens forslag om et lovfestet krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler.

6.2 Det skal utarbeides en plan for utvikling av tiltak i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og for tiltak som skal etableres av kommuner eller i samarbeid mellom kommuner. Planen skal angi hvilke helse- og omsorgstilbud som bør finnes i en gitt befolkningsgruppe, for å ivareta samhandlingsreformens intensjon. Det bør som hovedregel være en befolkningsmasse på om lag 20-30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer, observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling. Det skal være statlig finansiering av spesialisthelsetjenestene i intermediære avdelinger, distriktsmedisinske sentra og tilsvarende tilbud

6.3. Innfasingen av de generelle ordningene skal starte i statsbudsjettet for 2012. Det skal imidlertid allerede i statsbudsjettet for 2011 settes av betydelige midler til videreføring av eksisterende samhandlingsprosjekter og til etablering av nye tilbud og forsøksordninger. Gjennom en egen forsøkslovgivning sikres det mulighet til å etablere ulike pilotordninger mellom samarbeidende kommuner og helseforetak i geografisk avgrensede områder. Det skal blant annet prioriteres pilotprosjekter som sikrer helhetlige pasientforløp, modeller der pengene følger pasient/bruker mellom samarbeidende kommuner, og modeller der en skiller mellom bestiller- og utførerrollene. Det er viktig at ulike pilotprosjekter får virke over tid før ordningene utvides til å bli generelle. Reformtiltak må ikke iverksettes før det er utviklet kvalitetsparametre for å måle effekten av tiltakene. Reformen skal gjennomføres nedenfra, ikke ovenfra og ned.

6.4 Ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter innføres fra 2012. Det forutsettes at det foreligger konkrete avtaler som regulerer forholdet mellom helseforetakene og kommunene. Staten tar initiativ til at det fremforhandles en nasjonal avtale mellom KS og helseforetakene som angir rammer for de lokale avtalene. Det må grundig utredes hvordan denne ordningen skal finansieres. Et generelt uttrekk fra helseforetakene basert på historiske tall og overføring til kommunene etter det ordinære inntektssystemet er ikke tilstrekkelig utredet. Regjeringen må derfor komme tilbake til Stortinget med et opplegg som avklare fordelingseffekten mellom kommunene og konsekvenser for kapasitet og økonomi i helseforetakene. Det skal ikke foretas kutt i helseforetakens rammer som følge av denne omleggingen. Saken skal diskuteres med avtalepartene før forslaget legges frem.

6.5 Dagens kommunestruktur setter begrensninger for hvilke oppgaver som kan overføres til kommunene og for hvilke økonomiske insitamenter som kan brukes. Ved en endret kommunestruktur kan oppgaver og ordninger som er beskrevet i meldingen, men ikke anbefalt, vurderes på ny.

6.7 Samhandlingsutfordringene er særlig aktuelle for pasienter som har behov for behandling og omsorgstjenester over lengre perioder, blant annet pasienter som er rusmiddelavhengige og/eller har psykiske lidelser og pasienter med kroniske lidelser. Dette er også områder der kommunene spiller en viktig rolle i forhold til tidlig intervensjon. Kommunen møter ofte disse personene allerede på helsestasjonene,

barnehager, skole og i fritidstilbud. I det videre arbeidet med reformen må disse pasientene prioriteres på linje med pasienter som har livstilssykdommer.

6.8 Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til en oppbygging av tjenesten og et desentralisert spesialisttilbud i de distriktpsykriatriske sentrene og ambulante team. Det er imidlertid behov for å bygge opp tilbud i primærhelsetjenesten som samarbeider direkte med fastlegene, og som er tilgjengelig for pasienter med lettere psykiske lidelser. Det skal utvikles lavterskeltilbud, særlig for ungdom, blant annet innen psykisk helse og rus.

6.9 Utvidelsen av antallet leger i primærhelsetjenesten må suppleres med flere helsefaggrupper i tjenesten, for eksempel spesialsykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, og ernæringsfysiologer. Helsestasjonene skal styrkes. Det bør stimuleres til at disse tilbudene samles i de lokalmedisinske sentrene.

6.10 Utbygging av lokalmedisinske sentre må ikke gå på bekostning av en videre utbygging og faglig styrking av sykehjemmene. Det må som hovedregel sikres at det er knyttet en fast lege til sykehjemmet som er en del av det medisinske teamet ved sykehjemmet. Det innføres bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem fra 2012.

6.11 Sykepleierdekningen, samt dekningsgraden av helsefagarbeidere og andre faggrupper må økes. Det må etableres karriereordninger som gjør det faglig utfordrende for spesialsykepleiere og andre å jobbe videre i helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

6.11 Andelen ufaglærte må reduseres og det må etableres et kunnskapsløft for de ufaglærte som i dag jobber i kommunehelsetjenesten. Kompetanseløftet 2015 må derfor endres og styrkes for å ta høyde for utfordringene som samhandlingsreformen innebærer.

6.12 Ved arbeidet med ny kommunehelsetjenestelov må det etableres ordninger for hvordan spesialisthelsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven kan tilbys innenfor kommunehelsetjenestens virksomheter, for eksempel i forbindelse med veiledning fra ambulante team. Målet må være å flytte mindre på pasientene og mer på personell.

6.13 Det etableres en ordning med eldreombud som sørger for ivaretagelse av Eldres rettigheter og behov for tjenester på ulike områder.

6.15 Det må innføres en ordning som sikrer rett til fritt valg av sykehjemsplass på tvers av kommunegrenser, for personer som er innvilget en slik tjeneste. Den enkelte kommune er pliktig til å betale for sine innbyggere.

6.16 Det foretas en utredning knyttet til hvorvidt kommuner med mange fritidsboliger har høye kostnader knyttet til tjenester til personer som oppholder seg lenge i kommunen, men som ikke inngår i inntektssystemets beregninger i dag. Dersom det avdekkes slike forskjeller må regjeringen komme tilbake til Stortinget med endringer som sørger for at disse kommunene får dekket sine merutgifter.

6.17 Det innføres en ordning med gratis tilbud om et årlig hjemmebesøk for personer over 75 år. Hensikten med dette er tilrettelegging og oppfølging som kan bidra til færre ulykker, skader og sykdom, noe som vil føre til at folk kan bo hjemme lengre. Dette vil avlaste presset på sykehjem og hjemmebasert omsorg.

7. Bedre legetjenester i kommunene

7.1 Det innledes et samarbeid mellom berørte myndigheter, Kommunenes Sentralforbund, Den Norske Legeforening og andre relevante fagmiljøer for å få etablert ordninger med faglig støtte for fastlegenes arbeid. Det innføres systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlege om egen og andres praksis på prioriterte samfunnsmedisinske områder, slik som sykemeldingspraksis, legemiddelpraksis og henvisningspraksis. Systemet skal også kunne brukes til obligatorisk opplæring og deltakelse i samhandling med andre aktører i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen bør bygge på Legeforeningens erfaringer med smågrupper for spesialister i allmenntilleggsmedisin, og bør samordnes med oppfølgingen av den nye IA avtalen. Dette skal skje istedenfor å innføre nye bestemmelser slik det foreslås i stortingsmeldingen. Ordningen med praksiskonsulentordningen skal bygges ut for å bedre samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og helseforetak.

7.2 I forslaget til ny kommunehelsetjenestelov må Regjeringen fremme forslag som gir leger rett til å skrive pasienter inn i heldøgns pleie- og omsorg i kommunene.

7.3 Oppbyggingen av det offentlige allmenntilleggsmedisinske arbeidet skal ikke gjøres gjennom å øke den kommunale påleggshjelmelen, men gjennom å gjøre disse stillingene mer attraktive faglig og økonomisk. Det skal heller ikke foretas endringer i bestemmelse om listelengde. I stedet legges det til rette for flere legestillinger i primærhelsetjenesten. Det skal vurderes om det kan innføres økonomiske insentiver knyttet til kvalitet, service og tilgjengelighet.

Økonomiske insentiver

8.1 Med dagens kommunestruktur er det ikke realistisk å innføre ordninger med generell kommunal medfinansiering, eller medfinansiering basert på alder eller diagnose. I gjennomføringen av reformen prioriteres det derfor ikke å bruke ressurser på en videre utredning av en generell, nasjonal ordning med kommunal medfinansiering, men dette hindrer ikke lokalt initierte forsøksprosjekt med medfinansiering.

8.2 ISF andelen økes til 50%, for å stimulere produktiviteten i helseforetakene og dermed bidra til å redusere ventetider og helsekøer.

Dissens: KrF ønsker å redusere andelen av innsatsstyrt finansiering i sykehusene fra 40 til 30 prosent.

8.3 Det skal nedsettes en evalueringsgruppe med sikte på å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelaterte gruppeordninger (DRG), for å forhindre uheldige vridningseffekter og skjevheter i implementeringen av systemet.

8.4 Investeringsstilskuddet for bygging av sykehjemsplasser økes, samt at private utbyggere kan benyttes i langt større grad.

Spesialisthelsetjenestens oppgaver og organisering

9.1 I forbindelse med behandlingen av nasjonal helseplan våren 2011 skal det foretas en klargjøring av ansvarsdelingen mellom lokalsykehus, distriktsmedisinske sentra og lokalmedisinske sentra. En slik gjennomgang og ansvarsdeling må imidlertid ikke svekke gode etablerte samarbeidsordninger, som for eksempel i Helse Nord, der spesialisthelsetjeneste oppgaver finansiert av helseforetakene er samlokalisert og integrert med kommunale helsetilbud.

9.2 Avtalespesialistene representerer et effektivt og tilgjengelig tilbud om spesialisthelsetjenester. Det må utvikles en nasjonal strategi for hvordan ordningen med avtalespesialister kan bygges ut og bidra til å nå målsetningene i samhandlingsreformen.

9.3 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt for kommunehelsetjenesten må lovfestes sterkere. Dette for å sikre bedre kompetanseoverføring, blant annet med hospiteringsordninger og desentraliserte sykehus tjenester nær pasientene, i nær dialog med kommunehelsetjenesten.

10. Tannhelse

10.1 Det fremmes en egen sak om tannhelse i lys av samhandlingsreformen, med tanke på organisering og oppgavedeling.

10.2 Det igangsettes et arbeid for å styrke det offentlige tannhelsetilbudet til pasienter med svak økonomi og store utgifter til tannhelsetjenester.

11. IKT i helse og omsorgstjenesten

11.1 Det etableres en egen nasjonal plan for bruk av IKT, herunder telemedisin, i helse- og omsorgstjenesten, for å understøtte målene i samhandlingsreformen. Denne planen må utvides til også å gjelde omsorgsteknologi, i tråd med intensjonene i Teknologirådets rapport fra 2009.

11.2 Planen må også inneholde nasjonale standarder som sikrer felles, effektive IKT løsninger.

Stortinget 11.03.2010

Per Arne Olsen
Fremskrittspartiet

Bent Høie
Høyre

Laila Dåvøy
Kristelig Folkeparti

