



Helse Sør-Øst RHF
v/ Eli Hansen
Postboks 404
2303 Hamar

Dato: 23.12.2010

Deres ref: 10/01097-3/008

Vår ref (saksnr):

Saksbeh: Gunnbjørg Aune

Arkivkode:

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, samt innspill på utvalgte temaer til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Fagrådet i rehabilitering vil takke for oppdraget om å komme med innspill i forbindelse med ny kommunal helse- og omsorgslov, samt innspill på utvalgte temaer til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Mange av forslagene vil ha stor betydning for utvikling av et godt rehabiliteringstilbud i helsetjenesten, og vi håper derfor at høringsuttalelsene kan inngå som en konstruktiv del av denne prosessen.

Fagråd i rehabilitering er anmodet om å skissere utviklingstrekk og utfordringer fremover. På generelt grunnlag må det forventes en økning i behovet for rehabiliteringstjenester i årene fremover. Dette skyldes dels demografiske forhold, men også at flere i befolkningen lever med kroniske tilstander der rehabiliteringstiltak inngår som en del av oppfølgingen. Denne utviklingen stiller en rekke krav i forhold til kapasitet, prioritering og systematisering av tilbud i gode behandlingsforløp. For en del pasientgrupper og deler av regionen har dette arbeidet kommet langt, mens det for andre gjenstår et betydelig utviklingsarbeid. Dessuten vil forbedring av behandlingstilbud og ny kunnskap uansett medføre behov for en kontinuerlig utvikling innen fagområdet.

Enkelte hovedtrekk mener vi vil være sentrale i forhold til å møte fremtidige utfordringer:

- **Tettere samhandling mellom nivåene i helsetjenesten**
 - Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten
 - Elektronisk samhandling gjennom for eksempel e-læring og videokonferanser
 - Felles kjernejournal
- **Styrke og utvikle brukervedvirkning på alle områder**
 - Brukervedvirkning på systemnivå i alt utviklingsarbeid
 - Bedre kunnskap om brukervedvirkning blant helsepersonell i både kommune- og spesialisthelsetjeneste

Samhandlingsavdelingen Postadresse: 1450 Nesoddtangen	Telefon: 66 96 90 00 Telefaks: 66 91 25 76 Besøksadresse: Bjørnemyrveien 11, 1450 Nesoddtangen Henvendelse i resepsjon	E-post: firmapost@sunnaas.no Giro: 6468.05.00736 Foretaksnr.: 883 971 752	
---	---	--	--

- Sørge for dokumentasjon om deltakelse i rehabiliteringsprosessen for den enkelte pasient
- Utvikle og fremme bruk av Individuell Plan
- **Behandlingstilbud på rett nivå**
 - Utvikle sykehusområdenes planer for rehabilitering
 - Øke vurderingskapasitet i rehabiliteringspoliklinikker
 - Endring fra døgn- til dagbasert tilbud
 - Utvikle informasjonstilgangen for både helsepersonell, pasienter og pårørende
- **Registrering av kvalitet og effekt av behandling**
 - Utvikle registreringssystemer for rehabilitering inklusive kvalitetsregistre
 - Synliggjøre rehabiliteringsaktivitet gjennom rapportering
 - Anvende resultater fra kvalitets og effektmål til utvikling av finansieringssystemet i rehabilitering
- **Forskning og kompetanseutvikling**
 - Prioritering av forskningsprosjekter innen rehabilitering med fokus på hele behandlingsforløpet inklusive overføring til kommunehelsetjeneste
 - Etablering av regionale kompetansesentra

Det vises for øvrig til vedlagte høringsuttalelse der flere av punktene utdypes ytterligere.

Med vennlig hilsen

Thomas Glott
Leder i fagråd for rehabilitering

Fagråd i rehabilitering**HØRINGSSVAR TIL LOVFORSLAG - SAMHANDLINGSREFORMEN****1. Ny kommunerolle**

Fagrådet mener at det i lovform bør foreligge overordnede føringer for ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Imidlertid anser Fagrådet det som vanskelig helt å unngå gråsoner, og til en viss grad er dette nødvendig for å ivareta variasjoner når det gjelder både kommunenes størrelse og områdesykehusenes tilbud. Gråsoner kan dessuten være hensiktsmessige på grunn av tilfeldige variasjoner i kapasitet og behov. Generelt bør man tilstrebe at gråsonen er så liten som mulig, og den målsettingen bør være del av et kontinuerlig utviklingsarbeid. Fagrådet mener at god samhandling i forhold til gråsoner bør avklares gjennom forpliktende samarbeidsavtaler mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Brukermedvirkning forutsettes ved utarbeidelse av avtaler innen rehabilitering.

Det vil være hensiktsmessig om retningslinjer og maler for samarbeidsavtaler utarbeides nasjonalt. Forvaltning av disse avtalene vil være en utfordring, og kreve faglig kompetanse. Det kan være et alternativ å etablere et nasjonalt system for avvikshåndtering knyttet til avtalene. Et slikt avvikssystem vil være viktig for å identifisere overordnede problemstillinger i gråsonene. Erfaringer i arbeidet med samarbeidsavtaler bør samordnes med utvikling av behandlingsforløp, da disse utgjør to sider av samme sak. En del av utviklingsarbeidet bør også være å vurdere konsekvenser i forhold til kompetanse, ressursbehov og finansieringssystemet. Fagrådet mener det bør prioriteres å utvikle løsninger for felles kjernejournal mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten tilsvarende system som er under etablering blant annet i Sverige.

2. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp – høringsnotatet kap 13 – lovforslaget § 3-5

Kommunene bør etter Fagrådets vurdering ikke tillegges en lovmessig plikt til å ha tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Når fastlege eller vakthavende lege finner det påkrevet med en henvisning til spesialisthelsetjenesten er aktuelle utrednings- og behandlingstiltak vurdert og ikke funnet tilstrekkelig. En slik ordning vil skape en ny gråsoner mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette er ikke bare uhensiktsmessig, men vil også kunne medføre risiko i forhold til medisinsk forsvarlig håndtering av øyeblikkelig-hjelp tilstander. Derimot vil det være hensiktsmessig å avtalefeste en raskest mulig overføring tilbake til kommunehelsetjenesten etter vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten, omtalt under høringspunkt 1.

3. Avtalebasert lovpålagt samarbeid**3.1 Organisering av det avtalebaserte samarbeidet mellom kommuner og foretak
Høringsnotatets punkt 25.6.3. og 25.6.4.**

Erfaringene er at de juridiske og økonomiske ansvarsforholdene er svært utfordrende, både i forhold til pasienter, ansatte og eiendomsmasse. Fagrådet stiller derfor spørsmål

om det er hensiktsmessig å etablere et nytt "1 ½ linje nivå" i helsetjenesten fremfor å styrke samhandling mellom de to eksisterende nivåene. Sannsynligvis vil det være mer hensiktsmessig å styrke de eksisterende rehabiliteringsinstitusjonene og sykehjem. Tiltak som vil støtte en slik utvikling kan være etablering og styrking av ambulante team, ambulerende spesialisttjenester eller rehabiliteringspoliklinikker hvor helsepersonell fra spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste jobber sammen (*integreerte behandlingsteam*). Det er også en rekke andre områder der samarbeid vil være avgjørende for utvikling av tilbud, for eksempel Lærings- og mestringssentere og forebyggende folkehelseiltak. Slike tiltak innen rehabilitering forutsetter vesentlige endringer av nåværende finansieringssystem. Forskning rettet mot kommunens helse- og omsorgstjeneste og samarbeid om utdanning, opplæring og videreutdanning bør også være et område for samarbeidsavtaler med helseforetakene.

3.2 Krav til samarbeidsavtalenes innhold **Høringsnotatets punkt 25.6.5**

Fagrådet ser det som en utfordring hvordan minimumskrav til forsvarlighet skal forstås og anvendes i avtalene. Erfaringsmessig vil minimumskrav bli normen. Institusjonene og kommunene må ha langsiktighet for å kunne planlegge kvalitet på tjenestene. Innenfor enkelte områder vil 4 års samarbeidsavtaler sannsynligvis være tilstrekkelig, mens avtaler av lengre varighet er nødvendig innenfor komplekse tjenester og med hensyn til forskning og utdanning. Innen rehabilitering forutsettes brukermedvirkning ved utforming av avtalene. Det bør også være systemer for evaluering og forbedring som åpner for mindre justeringer i avtaleperioden.

4. Kommunal medfinansiering - kapittel 30

Fagrådet mener at nåværende forslag om kommunal medfinansiering på bakgrunn av alder og diagnose ikke er akseptabelt. Modellen er uheldig, og det er fare for at eldre pasienter ikke får behandling på et riktig kompetansenivå på grunn av kommunal økonomi. I forhold til diagnose mener Fagrådet at det lages et håpløst skille med "*medisinske pasienter*" i forhold til andre, og nok en gråsone skapes der pasienten kan bli skadelidende.

En alternativ tilnærming i forhold til medfinansiering kan være utprøving av modeller for finansiering av hele pasientforløp inklusive kommunale rehabiliteringstilbud. Fagrådet forutsetter at slike modeller etableres på prosjektbasis med adekvat forskningsmessig metodikk både i forhold til medisinske og helseøkonomiske aspekter. Alternativt at det foreligger tilsvarende dokumentasjon fra tidligere prosjekter.

For å redusere behov for spesialisthelsetjeneste bør kommunene stimuleres til å satse på forebyggende tiltak som friskvern og tidlig rehabilitering for store befolkningsgrupper. Kommunene må prioritere innen de ressursene de har til disposisjon slik at pasientgrupper med dokumentert effekt av behandling blir prioritert. Jfr. Prioriteringsforskriften for spesialisthelsetjenesten. Privatpraktiserende fysioterapeuter og spesialister inngår som en del av dette tilbudet.

Når rehabilitering i større grad skal skje i kommunene bør det være lovpålagt hvilke tjenester dette innebærer, som for eksempel fysioterapi og ergoterapi

5. Utskrivningsklare pasienter - kapittel 31

En utfordring vil være å utarbeide en omforent og praktisk anvendbar definisjon av *"utskrivningsklar pasient"*. I praksis bør kommunehelsetjenesten ha en mer aktiv rolle i forhold til vurdering om pasienten er utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten.

Det optimale ville vært å styrke det kommunale tilbudet slik at de kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra dag én. Imidlertid vil den til enhver tid tilgjengelige kapasiteten i kommunen spille en rolle når det gjelder ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag 1. For pasientene må det sikres at det er et faglig bra tilbud klart ute i kommunen når pasienten er utskrivningsklar.

Ved overføring av midler fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten må virkning av tiltakene kontinuerlig evalueres både i forhold til helseøkonomiske aspekter og uheldige konsekvenser i forbindelse med for tidlig utskrivelse og utilstrekkelig tilbud lokalt. Det vil være uheldig om midler overføres fra spesialisthelsetjenesten uten at disse kommer pasientene til gode direkte i form av bedre tilbud lokalt.

6. Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling - kapittel 32

Fagrådet støtter forslaget, og ser utvikling av elektroniske løsninger som avgjørende for effektiv samhandling. Området bør derfor prioriteres med målsetting om å utvikle en kjernejournal som er forsvarlig, funksjonell og standardisert på nasjonalt nivå.

7. Individuell plan – koordinator - kapittel 22 og 23

Fagrådet mener det er viktig med tiltak som medfører at ordningen med Individuell Plan (IP) skal fungere bedre enn i dag.

Fagrådet mener at oppfølging av *"pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester"* må ivaretas av helsefaglig kompetent personale. Personer med forskjellig helsefaglig bakgrunn kan ivareta oppgaven, men det bør ligge i forutsetningen at en koordinator har minst 1 års erfaring fra direkte pasientrettet arbeid.

Fagrådet ser det hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten der pasienten samtykker, plikter å melde om behov for IP og at kommunen får ansvaret for utføringsarbeidet. Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste, kommunen og brukeren bør være del av et gjensidig forpliktende samarbeid. Ressurser og kompetanse i kommunen er en forutsetning for å lykkes med IP. Fagrådet støtter krav om koordinerende enhet for rehabilitering/habilitering både i spesialisthelsetjenesten og kommunen.

ØVRIGE LOVFORSLAG**8. Pasientforløp i spesialisthelsetjenesten – behov for lovendringer? (38.1)**

Fagrådet mener at det er mulig å iverksette tiltak for å korte ned reell vurderingsfrist uten å endre dagens regelverk. En mulighet kan være å synliggjøre vurderingstid som en kvalitetsindikator på avdelings- og foretaksnivå gjennom rapportering. I en del tilfeller er det behov for supplerende opplysninger før henvisning vurderes, og innen rehabilitering vil dette være vanskelig å overholde ved en frist på for eksempel 10 virkedager.

Dagens regelverk medfører at rett til helsehjelp med frist, enten kan innebære diagnostisk avklaring eller behandling. Av og til kan det være vanskelig på forhånd å avgjøre hvorvidt tiltaket vil være endelig behandling eller begynnelse på et pasientforløp etter utredning. Dette gjelder også innen fagfeltet rehabilitering. Innkallingen bør derfor på generelt grunnlag inneholde god informasjon om tiltaket og hensikt. Usikker og/eller feilaktig forhåndsinformasjon må unngås.

9. Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven om tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister (38.2)

Fagrådet støtter forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven om tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister. Et overordnet mål må være at tildelingen er regulert i henhold til behovet i de enkelte kommunene, slik at likeverdige tjenester ivaretas på nasjonalt nivå.

10. Flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (38.4)

Fagrådet støtter forslaget om at melding om uønskede hendelser blir overført fra Statens Helsetilsyn til Nasjonal Kunnskapssenter for Helsetjeneste. Hensikten må være at senteret kan utføre vitenskapelig analyser for risikoårsaker for slike hendelser. Resultatene må inngå i helsetjenestens forbedringsarbeid. Pasientsikkerheten må ivaretas ved en omlegging, spesielt i forhold til grove brudd på regelverk. Det bør derfor etableres en enhet som har ansvar for tiltak i de tilfellene hvor det er nødvendig med sanksjoner.

11. Krav til systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten. (Kap 19.)

Fagrådet støtter endringsforslagene og forsvarlighetskrav på systemnivå. Det er riktig å forplikte spesialisthelsetjenesten til å sørge for at alt personell har tilstrekkelig fagkompetanse.

For å sikre den enkelte pasient eller bruker et helhetlig og integrert helsetjenestetilbud, bør ansatte ha kunnskap og kompetanse i brukermedvirkning. For å bedre sikkerhet og kvalitet

på tjenestene må pasientens lovpålagte rett til forståelig informasjon og medvirkning dokumenteres.

Kvaliteten av helsetjenesten bør måles med valide vitenskapelige metoder. Kvalitetsutvalg for pasientsikkerhet bør være obligatorisk i kommunehelsetjenesten på lik linje med tilsvarende utvalg for spesialisthelsetjeneste. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunehelsetjenesten er nødvendig. Økt forskningsinnsats og kompetanseutvikling rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester er nødvendig.

Innen rehabilitering vil etablering og utvikling av regionale og/eller nasjonale kvalitetsregistre være et hensiktsmessig virkemiddel for å evaluere effekt og kvalitet av tilbudet. Målsettingen må være at tilbudet tilfredsstiller internasjonale standarder for sertifisering/akkreditering.