

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo



Oslo, 5. oktober 2011

Vår ref. 11/00002-34  
Deres ref.:  
Saksbehandler: Frank Herman Hernes

## Høring – samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

### 1. Innledning

Kreftforeningen er en landsdekkende, frivillig organisasjon. Foreningens hovedmål er at flere skal unngå å få kreft, at flere skal overleve sin sykdom og at kreftrammede og deres pårørende skal oppleve best mulig livskvalitet. Kreft er en vanlig lidelse (27 000 nye tilfeller hvert år), og den forventede økning i antall krefttilfeller medfører behov for at kreft og kreftbehandling prioriteres.

Kreftforeningen er opptatt av at kreftpasienter/alvorlig syke skal bli godt ivaretatt og motta omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp i alle ledd, fra vurdering, diagnostisering, utredning og behandling til oppfølging og rehabilitering. Kreftpasienter går ofte gjennom lange, krevende og svingende behandlingsforløp, de må forholde seg til en rekke ulike behandlere og instanser, utfallet kan være uforutsigbart og redselen for forverring, tilbakefall og død er stor. Kreftsykdom medfører for mange store endringer knyttet til familie, nettverk, skole/studier, arbeid og økonomi, i tillegg til fysiske, psykiske og sosiale endringer. Koordinering for personer med kreft og annen alvorlig sykdom innbefatter derfor å tenke bredt, helhetlig og tverrfaglig for å ivareta alle disse aspektene, herunder samarbeid med Nav, arbeidsgiver, sosialtjeneste, barnevern, skolehelsetjeneste, lærere osv. Koordineringen vil også i stor grad kunne omfatte pårørende, for eksempel når kreftrammede har barn.

Med dette som utgangspunkt vil vi i vårt høringssvar fokusere på endringer i forskrift om individuell plan, herunder bestemmelser om koordinator, og forskrift om habilitering og rehabilitering.

Våre hovedkonklusjoner er:

- Generelt sett er forskriftene for lite presise og konkretiserende og utfyller ikke lovteksten i tilstrekkelig grad
- Forskriftene beskriver ikke hvordan samhandlingen/samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er tenkt godt nok
- Innholdet i koordinatorrollene er ikke beskrevet tydelig nok
- Pasientens medisinskfaglige kontaktpunkt er ikke tydelig nå når pasientansvarlig lege blir borte
- Ansvarsforholdet mellom koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten er uklart
- Forholdet mellom koordinerende enhet og koordinatorene – hvem skal gjøre hva – kommer ikke godt nok fram
- Hvordan oppnevning av koordinatorene skal foregå er uklart

## **2. Forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen**

Individuell plan er et godt verktøy som med fordel kan brukes også for krefttrammede i langt større grad enn i dag. Når flere får kreft, overlever kreft og lever lenger med kreft, herunder har senvirkninger, plager og utfordringer som følge av kreftsykdom og behandling, krever dette økt fokus på koordinering både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, men også mellom disse to nivåene. Det siste er særlig viktig, og Kreftforeningen håper samhandlingsreformen virkelig kan bidra til at det i praksis blir bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

### **Koordinator i kommunen - § 4 a og Koordinator i spesialisthelsetjenesten - § 4 b**

Kreftforeningen mener det er en viktig presisering at man i forskriften eksplisitt nevner kommunens/spesialisthelsetjenestens plikt til å tilby/oppnevne koordinator til dem som har krav på det, uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Behovet for koordinator er ikke nødvendigvis sammenfallende med behov for individuell plan.

Slik Kreftforeningen ser det, er ikke innholdet i koordinatorrollene tydelig nok i forskriften. Når man ikke lenger skal ha pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten, er vi bekymret for hvem som er tiltenkt å være det faste, medisinskfaglige kontaktpunktet for pasienten. Vi kan ikke se, ut i fra forskriftsutkastet, at koordinatorrollen kan dekke dette godt nok. Dette må på plass for å sikre pasienten god og sammenhengende medisinsk oppfølging og informasjon.

I forarbeidene til forskriftsendringen heter det at koordinatorrollen bl.a. innebærer "å være kontaktperson og ha ansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottaker og pårørende." Videre skal koordinatoren bidra til at pasienten får et "sømløst" tilbud. Kreftforeningen vil bemerke at koordinatorene må ha en aktiv rolle, ikke avvente "innspill fra tjenestemottaker og pårørende." Pasienter og pårørende er i en vanskelig og situasjon og trenger noen å forholde seg til som kan "geleide" dem gjennom det offentlige apparatet.

Kreftforeningen har tidligere nevnt at det er beklagelig at helsemyndighetene ikke har fått ordningen med pasientansvarlig lege til å fungere godt i praksis. I forhold til koordinator, vil man stå overfor mange av de samme utfordringene. Dersom man skal lykkes med innføring av koordinatorene, er forankring og klargjøring av ansvar og oppgaver en forutsetning, noe vi ikke synes er tydelig nok ivaretatt i det foreliggende forskriftsutkastet.

Vi savner en nærmere beskrivelse av hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha, slik forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a legger opp til.

Kreftforeningen etterlyser også en presisering av at pasienten ved gjentatte innleggelse eller gjentagende poliklinisk undersøkelse og behandling bør få den samme koordinatoren. Dette følger i dag av forskriften om pasientansvarlig lege § 3 tredje ledd.

### **Ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator - § 5 a**

Bestemmelsen sier ikke mer enn det som i hovedsak følger av helsepersonelloven § 38 a. Kreftforeningen forstår det slik at gjentakelsene er tatt med av pedagogiske hensyn. Det er viktig å ansvarliggjøre det enkelte helsepersonell, slik at behovet for koordinator og individuell plan vurderes av det personellet som er involvert i pasienten. En viktig forutsetning for god samhandling er at hver enkelt makter å se sin innsats som ledd i en større helhet. Mange pasienter har en opplevelse av at de må "begynne på nytt" hver gang de møter nytt helsepersonell, og at ingen har en helhetlig oversikt over tjenestene. Bestemmelsen forutsetter en aktiv bevisstgjøring av personell og følgelig tydelige signaler fra helsemyndigheter og ledelsen i helseforetak og kommuner.

Av § 5 a fremgår det at personell skal melde fra til enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Det er noe uklart hvem som i neste omgang har ansvaret for å oppnevne koordinator. I Prop. 91 L (2010-2011) punkt 32.6.3 er det uttalt: "Det vil være naturlig at leder i den aktuelle avdelingen utpeker koordinator, og det bør i det enkelte helseforetak etableres rutiner for hvordan

koordinatoren utpekes, hvordan dette dokumenteres, hvordan pasienten informeres, og hvordan funksjonen skal ivaretas når koordinatoren ikke er på jobb." Forholdet mellom de ulike rollene og funksjonene bør tydeliggjøres.

### **Ansvar for å utarbeide individuell plan - § 6 og Innholdet i individuell plan - § 7**

Av § 6 annet ledd følger det at koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet har det overordnede ansvaret for individuell plan. Det fremgår ikke her om det er snakk om koordinerende enhet i kommunen eller ved helseforetaket. Vi forstår det slik at det gjelder enheten ved begge nivåene, og savner en henvisning til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b.

I følge § 6 tredje ledd er kommunen tillagt "sørge-for-ansvaret" når det gjelder individuell plan og koordinering dersom man har behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Mange kreftpasienter vil ha et slikt sammensatt behov. Det er bra at hovedansvaret plasseres ett sted når det er behov for tjenester fra ulike nivåer. Dette kan avhjelpe den ansvarspulveriseringen som har forekommet etter gjeldende rett.

I § 7 bokstav c. står det at individuell plan skal inneholde "en angivelse av hvem som er koordinator". For en kreftpasient som ofte er frem og tilbake mellom sykehus og kommune vil det kunne oppleves frustrerende å ikke ha en fast kontaktperson *både* på sykehuset og i kommunen. Det bør riktig nok være én ansvarlig koordinator som sørger for samarbeid på tvers og utforming/oppfølging av individuell plan. Men også koordinator i andre etater/nivåer må navngis i planen, slik at pasienten/brukeren vet hvem han eller hun kan forholde seg til i de ulike delene av tjenesteapparatet.

### **3. Forskrift om habilitering og rehabilitering**

Forskriften om habilitering og rehabilitering fremstår med de foreslåtte endringene som ganske rotete og vanskelig tilgjengelig. Paragrafene 8 og 13, som gjelder koordinerende enhet i hhv. kommunen og spesialisthelsetjenesten, er svært ulikt utformet til tross for veldig likt innhold. Videre beskriver § 8 hva "overordnet ansvar for individuell plan" bl.a. skal inneholde. En tilsvarende forklaring finnes ikke i § 13. Av § 8 følger det at koordinerende enhet skal "motta meldinger" og "utarbeide rutiner og prosedyrer", men det er uklart hvem som faktisk har ansvaret for selve planarbeidet for den enkelte bruker/pasient.

Det fremstår som uklart i forskriften hvordan ansvarsforholdet er mellom de koordinerende enhetene i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Også forholdet mellom koordinerende enhet og koordinatorene synes uklart, se bl.a. vår kommentar til § 5 a om oppnevning av koordinator. Kreftforeningen stiller seg spørrende til hvem som i praksis skal gjøre hva, og er redd uklarheter her kan medføre fortsatt pulverisering av ansvar.

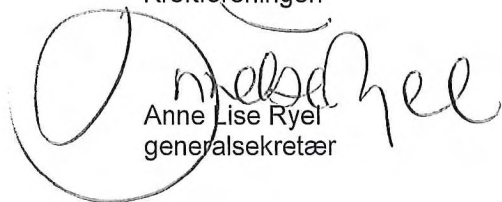
### **4. Generelle kommentarer**

Kreftforeningen jobber for å styrke koordineringen av kreftomsorg i kommunene, og kommer til å ha dette som et satsningsområde framover. Fordi kreft rammer så mange og ofte har store konsekvenser, er det for oss sentralt å påpeke behovet for at kreftperspektivet ivaretas i lovpålagt koordineringsarbeid slik at kommunene og spesialisthelsetjenesten ivaretar denne pasientgruppen.

Vi savner mer utdyping i forskriftene om hvordan man rent praktisk ser for seg samarbeidet mellom nivåene i helsesektoren. Koordinatorrollene og enhetene er beskrevet, dog nokså generelt og lite presist, men man mangler konkretiseringen av hvordan man ser for seg samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Spesielt på de store sykehusene hvor man har landsfunksjoner vil både koordinatorene og koordinerende enheter få svært omfattende oppgaver med tanke på nettverk og samarbeid med kommuner og deres koordinatorene og enheter. Dette må ikke undervurderes med tanke på ressursbruk.

Til slutt stiller vi også spørsmålstegn ved hvorvidt koordinatoren i spesialisthelsetjenesten skal ivareta oppgavene til den tidligere pasientansvarlige legen og hvordan grenseoppgangen her blir til den behandlingsansvarlig lege jf. forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a.

Med vennlig hilsen  
Kreftforeningen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Anne Lise Ryel". The signature is written in a cursive style and is partially enclosed by a large, hand-drawn circle on the left side.

Anne Lise Ryel  
generalsekretær