

NOTAT

Til: Medisin og helsefag i Oslo universitetssykehus HF

Kopi: Ledere i linjen i OSS (OSS, MTV, BHM)

Fra: OUS/OSS/MTV/Behandlingshjelpemidler

Saksbehandler: Anne Orderud

Dato: 2010-10-14 revidert versjon

Offentlighet: -

Sak: **Høring - NOU 2010:5**
"Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering - et helhetlig hjelpemiddeltilbud"
(OUS ePhorte 2010/16786)

Innspill fra Avdeling for behandlingshjelpemidler i Oslo universitetssykehus HF

Innledning

Avdeling for behandlingshjelpemidler i Oslo universitetssykehus HF bistår hjemmeboende brukere i vårt område med behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell. Det er 18 behandlingshjelpemiddelenheter i Norge, lokalisert i tilknytning til ulike helseforetak rundt om i landet.

Det er med glede vi ser at behandlingshjelpemidler er nevnt i utredningen NOU 2010:5. Mangelfullt regelverk på behandlingshjelpemiddelområdet utgjør en stor samhandlingsutfordring for berørte instanser - kommunene, de regionale helseforetakene, samt NAV og HELFO. Vårt håp er at utredningens omtale av at det foreligger et oppryddingsbehov i ansvaret for behandlingshjelpemidler, vil kunne bidra til å få fortgang i arbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet med å få på plass et tydelig regelverk for behandlingshjelpemidler - til beste for både brukere/pasienter og berørte instanser.

Avdeling for behandlingshjelpemidler vurderer NOU 2010:5 til å være en grundig, gjennomarbeidet rapport. Selv om vi ser at det er hovedfokus i hele utredningen på hjelpemiddelsentralene og de tekniske hjelpemidlene de formidler, har vi funnet mange kapitler som også er aktuelle for behandlingshjelpemiddelområdet.

Punkter fra NOU 2010:5	Innspill fra Avdeling for behandlingshjelpemidler i Oslo universitetssykehus HF
Kap. 1	Sammendrag
1.4.8	Forslag til opprydding i ansvaret for behandlingshjelpemidler Utvalget påpeker "behov for en tydeliggjøring av spesialisthelsetjenesteloven av ansvaret for behandlingshjelpemidler i og utenfor institusjon". Vi slutter oss til dette, men ser samtidig behov for at kommunal lovgivning (eksempelvis kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, vederlagsforskriften) oppdateres tilsvarende dersom kommunene skal ha noe av ansvaret for behandlingshjelpemidler og/eller tilhørende forbruksmateriell til beboere i kommunal institusjon (sykehjem m.v.).
Kap. 4	Forvaltning av hjelpemiddelområdet – og utviklingen frem til i dag

4.2.3	Forvaltning av hjelpemidler Sitat fra side 44: ”Teknisk vedlikehold, reparasjon og gjenbruk av hjelpemidler er sentralt i arbeidet med å utnytte folketrygdens midler mest mulig effektivt. Godt vedlikehold er med på å forlenge brukstiden ... Gjenbruk av brukte hjelpemidler reduserte behovet for nyinnkjøp ...” Resirkulering for gjenbruk er viktig også innen behandlingshjelpemiddelområdet, som forvaltes av de regionale helseforetakene. For både tekniske hjelpemidler (hjelpemiddelsentralene) og behandlingshjelpemidler (regionale helseforetak ved helseforetakene) gjelder at man må sikre forsvarlig resirkulering, både teknisk (skal fungere i henhold til spesifikasjoner) og hygienisk (ingen smitteoverføring fra tidligere bruksforhold). Smitteproblematikk er økende, eksempelvis MRSA som primært har vært betegnet som en sykehusbakterie, men som nå ofte forekommer i sykehjem og andre institusjoner - med spredning videre utenfor institusjon. Ved mangelfull rengjøring og desinfeksjon av tekniske hjelpemidler eller behandlingshjelpemidler, kan smitte spres til neste bruker eller til personell eller pårørende. Ut fra den erfaring Avdeling for behandlingshjelpemidler i Oslo universitetssykehus HF har med resirkulering av utstyr hos leverandører og resirkulering utført i egen avdeling, ser man stor variasjon i holdninger og kompetanse i forhold til hvor nøye man er med rengjøring og desinfeksjon av utstyr. Noen rengjør knapt overflater, mens andre demonterer hele utstyret og rengjør og desinfiserer alt. I noen tilfeller benyttes gassdesinfeksjon i lukket rom, en metode som har vist seg svært effektiv, men også har visse begrensninger og må benyttes supplert med andre metoder. Det synes å være et klart behov for økt bevisstgjøring om at det foreligger risiko for smitteoverføring via utstyr. Vi mener det bør lages et nasjonalt hygiene-regelverk for behandlingshjelpemidler (særlig viktig for respirasjonsutstyr med luftgjennomstrømning), slik at det klart fremgår krav i forhold til om et utstyr er forsvarlig å resirkulere eller ikke, og med prosedyrer som må utføres for å resirkulere på forsvarlig måte. I en del tilfeller er ikke resirkulering forsvarlig. Det antas at tilsvarende regelverk vil kunne være hensiktsmessig å anvende også for tekniske hjelpemidler som lånes ut fra hjelpemiddelsentraler.
4.2.9	De regionale helseforetakene Behandlingshjelpemidler I tredje avsnitt nevnes rapporten som en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet avgav i juli 2008. Rapportens tittel er ”Behandlingshjelpemidler. Rapport fra arbeidsgruppe” (IS-1531). Denne rapporten er ennå ikke ferdigbehandlet av Helse- og omsorgsdepartementet, og vi er mange ved behandlingshjelpemiddelenhetene rundt om i landet som venter på et resultat - helst i form av forskrift eller rundskriv. Det er lagt ned et stort arbeid i rapport IS-1531 for å bringe klarhet i hvordan ordningen med behandlingshjelpemidler skal fungere, men det er fortsatt noen detaljer som må på plass. Nasjonal nettverksgruppe for behandlingshjelpemidler, med medlemmer oppnevnt av fagdirektørene i de regionale helseforetak, vil kunne komme med forslag om ressurspersoner fra fagmiljøene dersom Helse- og omsorgsdepartementet ønsker bistand i arbeidet. Det foreligger uavklarte ansvarsforhold mellom regionale helseforetak og kommuner (avgrensning av ansvar for beboere i ulike typer kommunale institusjoner etter kommunalhelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven) - blant annet grunnet ”sprikende” departementsuttalelser. I tillegg er det gråsoner i forhold til NAV/HELFOs ansvarsområder (særlig innen forbruksmateriell) som skaper problemer - både for brukere/ pasienter og berørte instanser. Rapport IS-1531 angir et delt ansvar mellom regionale helseforetak og kommuner for forbruksmateriell til behandlingshjelpemidler (Fra rapport IS-1531, s. 28, siste avsnitt i punkt 6.2.1: ”Arbeidsgruppen foreslår likevel at det vurderes å gjøre endringer i ordningen ved at forbruksmateriell dekkes av kommunale helseinstitusjoner, men at sosiale institusjoner ikke pålegges denne plikten. Ansvar for behandlingshjelpemidlene for øvrig bør fortsatt ligge hos spesialisthelsetjenesten.”) Delt ansvar krever klare definisjoner av boform, korttids/langtids opphold etc. for å kunne håndteres på en fornuftig måte av partene. Økonomiske forhold som er uavklart skaper problemer i forhold til samhandling, selv om partene i utgangspunktet er positive til å samarbeide til beste for brukere og pasienter. Både kommuner og helseforetak er hardt presset i forhold til økonomi - i praksis er ingen villige til å ”subsidiere” en annen instans eller sektor. Et entydig regelverk vil kunne løse dette.
Kap. 10	Sentrale spørsmål for utformingen av et fremtidig hjelpemiddelsystem
10.3	Egenandeler på hjelpemidler eller fortsatt fullfinansiering ?

	Behandlingshjelpemiddelenhetene i de regionale helseforetakene er opptatt av å forvalte ressursene så godt som mulig. Med et "sørge for" ansvar og økende bruk av ulike typer behandlingshjelpemidler utgjør behandlingshjelpemidler en vesentlig kostnad for de helseforetakene som har blitt pålagt å ha en behandlingshjelpemiddelenhet. Generelt ser vi det som lite ønskelig å belaste brukere som gjennomgår en ofte langvarig eller livslang behandling, med egenandeler eller annen form for betaling. Likevel bør man, etter vår mening, være åpne for å vurdere om det kan være et hensiktsmessig virkemiddel - kanskje begrenset til enkelte apparattyper. I en del tilfeller blir utstyr av ulike årsaker stående ubrukt hos pasienten uten å bli tilbakelevert til helseforetaket. Vi tror en viss form for egenandel (for eksempel depositum) vil bevisstgjøre brukere i å behandle utlånt utstyr mer forsiktig og levere inn utstyr som ikke er i bruk. På denne måten vil "utstyrsparken" til helseforetaket forvaltes og utnyttes bedre. En del utstyr blir borte på reise i inn- eller utland. En egenandel for å få nytt apparat hvis man glemmer igjen/mister apparatet, ville trolig medføre at flere passer bedre på apparatene de låner. Det kan føles urettferdig for brukere som behandler utstyret de låner forsiktig i år etter år når de ser at noen som "roter bort" utstyret sitt blir "belønnet" med nytt utstyr – kanskje av nyere og bedre modell. Dersom en form for egenbetaling skal kunne tas i bruk, er vi enige med utvalget i at skjerming er viktig - særlig av hensyn til brukere med behov for flere typer behandlingshjelpemidler - slik at belastningen ikke blir for stor. Man må unngå at en bruker finner egenbetaling belastende i den grad at vedkommende avstår fra viktig behandling. Samtidig må ordningen være slik at den ikke medfører for mye tilleggsarbeid og administrasjonskostnader i helseforetaket.
Kap. 15	Kompetanse, forskning og innovasjon
15.5	En nasjonal strategi for kompetanseutvikling, forskning og innovasjon – en oppsummering av hovedpunktene Å bidra til produktutvikling ved samhandling med leverandørene og ved å stille spesifikke kjøpskrav, er viktig både for Arbeids- og velferdsetaten og for de regionale helseforetakene (sistnevnte i forhold til behandlingshjelpemidler). Det er ikke kun grunnleggende funksjon og pris som bør være av betydning ved innkjøp av et produkt. Utforming som bidrar til at produktet lett kan rengjøres, og konstruksjon som gir lett tilgang for service/reparasjon, er eksempler på egenskaper ved et produkt som er viktige i forhold til vedlikehold, levetid for utstyret og mulighet for kostnadseffektiv resirkulering. Når det gjelder forskning, vurderer vi hygiene/smittevern som et interessant felt i forhold til å kvalitetssikre resirkulering med formål å gjenbruke utstyr.