



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Vår referanse
04/464 VH

Deres referanse
200405135-/KOH

Dato:
1.4.2005

Høringsuttalelse "NOU 2004:18 Helhet og plan i Sosial- og helsetjenesten"

De regionale helseforetakene er i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 30. november 2004 invitert til å uttale seg om "NOU 2004:18 Helhet og plan i Sosial- og helsetjenesten" (Bernt-utvalget). Denne høringsuttalelsen avgis på vegne av alle de regionale helseforetakene.

Utfordringene knyttet til å etablere god samhandling og helhetlige sosial- og helsetjenester er betydelige. Det er spesielt krevende å utvikle gode tilbud til mennesker med behov for langvarige og sammensatte hjelpebehov, og som helt eller delvis er ute av stand til å følge opp behovet for hjelp selv.

De regionale helseforetakene støtter intensjonen i utvalgets forslag om å erstatte dagens Kommunehelsetjenestelov og Lov om sosiale tjenester med en felles helse- og sosialtjenestelov for å styrke helhet og sammenheng i tjenestene.

En felles lov kan danne et oversiktlig, felles rammeverk for utvikling av samhandling mellom aktørene. Men det er et dilemma at sosial- og helsetjenestene representerer ulike kulturer, og en felles lov vil ikke alltid passe til konteksten. For eksempel vil det oppleves som fremmed for helsetjenesten å behandle beslutninger om medisinske tiltak og behandlingstilbud som forvaltningsmessige enkeltvedtak, slik det ser ut til at forslaget § 4-1 nr 1 legger opp til. De regionale helseforetakene er bekymret over at en slik bestemmelse vil føre til økt byråkratisering av helsetjenesten, og vil særlig peke på behovet for at smidige henvisningsordninger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten videreføres.

Individuell Plan

Individuell Plan er et prioritert virkemiddel for å sikre at tjenestemottakere får helhetlige og koordinerte hjelpetiltak fra ulike tjenesteytere. Retten til Individuell Plan ble innført i Kommunehelseloven og Spesialisthelsetjenesteloven 1. juli 2001. Snart fire år senere er Individuell Plan ennå ikke innarbeidet som en naturlig og utbredt arbeidsform i helsetjenesten. Det er flere årsaker til dette. Blant annet mangler kunnskap og ferdigheter på området. Dessuten har de fleste aktørene ennå ikke innarbeidet en praksis med å sette av nødvendige ressurser til å arbeide etter denne metoden.

I Utredningen fremheves det (s 91) at: «.. Utvalget legger til grunn at det sentrale med bruk av slike planer er selve prosessen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og mellom tjenesteytere, knyttet til arbeidet med individuell plan, ikke nødvendigvis selve planen...».

I utkastets § 3-7 fremheves at planen skal gi grunnlag for samarbeid om de tjenester som skal gis. De regionale helseforetakene mener at en bør tydeliggjøre Individuell Plan som prosessverktøy ytterligere ved å innarbeide en formulering om at tjenesteyting til mennesker med sammensatte og langvarige hjelpebehov skal skje på en koordinert måte i henhold til en Individuell Plan.

I følge Forskrift om Individuell Plan skal planen inneholde «en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen». Denne personen omtales i Sosial og Helsedirektoratets veileder for Individuell Plan som koordinator. Samme betegnelse brukes også i Wisløff-utvalgets utredning. I lovutkastets §3-6 nr 4 brukes betegnelsen planansvarlig. En kunne kanskje tro at dette er noe annet enn en koordinator, for eksempel en person med overordnet instruksjonsmyndighet i forhold til de enkelte tjenestetyper som er involvert. I kommentaren til lovutkastet fremgår imidlertid at en også her mener koordinerende ansvar for utarbeidelse av planen. Det kan virke forvirrende at en benytter to ulike begreper om den samme funksjonen.

Utkastets §3-6 nr 5 omhandler utarbeidelse av felles Individuell Plan der også statlige eller fylkeskommunale organer skal medvirke ved tjenestetilbudet. Her skal planansvarlig fungere som et bindeledd mellom de ulike samarbeidspartene. I kommunen skal en kunne treffe et samlet vedtak om alle kommunale tiltak som inngår i Individuell Plan. Dersom tiltak i spesialisthelsetjenesten inngår, fremgår det av §3-8 nr 5 at det må inngås en egen avtale om dette med angivelse av oppgave- og ansvarsfordeling. Her ligger mulighet for konflikter. Det vil fortsatt være slik at spesialisthelsetjenestens ytelser tildeles på ordinær måte i form av svar på henvisning fra 1. linjetjenesten og ikke gjennom avtaler mellom forvaltningsnivåene i forbindelse med arbeidet med Individuell Plan.

Taushetsplikt og journalføring

Spørsmål rundt informasjonsflyt drøftes grundig i utredningens kapittel 13. Det er viktig å finne lovforankring som avspeiler dagens krav på dette området. Med mer sammensatte og komplekse helsetjenester blir det stadig viktigere å sikre at behandlere har tilgang til pålitelig pasientinformasjon til rett tid. Helsepersonell opplever i stigende grad at pasientene forventer eller krever at informasjon fra annen tjenesteyter er tilgjengelig når de oppsøker helsevesenet.

De regionale helseforetakene mener at utlevering av informasjon må kunne tillates i form av en rollebasert "lagdelt" tilgangsrettighet hos samarbeidende tjenesteyteres system "(s 113). En slik ordning gir samarbeidende tjenesteytere tilgang til informasjon de har tjenstlig behov for i gjennomføring av Individuell Plan. I utkastets kapittel 8 bør det sikres hjemmel til utarbeidelse av nærmere bestemmelser om hvordan dette skal håndteres praktisk.

Tjenesteyternes plikt til å føre journal drøftes i utredningens kapittel 9.5. Utvalget slår fast at som hovedregel skal en tjenesteyter ha en felles journal. I kommunale omsorgstjenester vil dette forstås slik at det bør være en felles journal for både åpen omsorg og institusjoner. Journalen skal omfatte opptegetninger fra lege, sykepleiere og saksbehandlere som tildeler tjenester.

Utredningen er imidlertid ikke tydelig på hvilken stilling Individuell Plan har i forhold til journalen. Det bør være hevet over tvil at en Individuell Plan må anses å være en del av den samlede journal for tjenestemottakeren. Når en Individuell Plan blir ajourført må tidligere versjoner med vedtak og gjennomføring av tiltak arkiveres i en historikk, slik som i en journal. Planen vil være arkivverdig ved eventuelle senere vedtak, for å evaluere oppfylging av tiltaksmaal og for eventuelle tilsynssaker.

Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten

Sykehusenes kjerneoppgaver er å drive spesialisert utredning, diagnose, planlegging og gjennomføring av behandling, rehabilitering, pasientopplæring og pleie. Den medisinske utvikling preges av kortere sykehusopphold, forskyvning mot dagbehandling og poliklinisk behandling. Denne utviklingen har ført til at rehabilitering og pleie av pasienter med stadig mer kompliserte lidelser i stor grad gjennomføres i hjemmet eller i kommunale institusjoner.

Utviklingen som er beskrevet ovenfor har lidd under manglende tilsvarende utvikling av samarbeid, opplæring og koordinering av tjenester mellom nivåene. Erfaringene som Bernt-utvalget refererer fra Trondheim, er positive. De viser at pasientene kan få et bedre samordnet tilbud når aktørene arbeider systematisk på tvers av nivåene. En grunnleggende forutsetning for å oppnå et godt tilbud er at aktørene legger til grunn likeverd og respekt for hverandres situasjon og egenart. I praksis har det vist seg nødvendig å ha en forskrift om utskrivningsklare pasienter. De regionale helseforetakene støtter forslaget om at forskriften også skal gjelde psykiatriske pasienter. I tillegg foreslår vi at forskriften også skal gjelde for rusmiddelavhengige. Vi foreslår dessuten at begrepet "rusmiddelmissbruker" byttes ut med "rusmiddelavhengig", som er mer i pakt med hvordan en faglig sett oppfatter tilstanden.

Departementet har bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide en strategi for lokalsykehus og for lokalsykehusfunksjonene i større allmenne akuttstusykehus. En slik strategi vil omhandle håndtering av de store sykdomsgruppene, inkludert sykdommer som rammer eldre og hvor det er nødvendig med langvarige og sammensatte hjelpetiltak. Planer for slike hjelpetiltak må utvikles i samarbeid med førstelinjetjenesten. En utfordring vil være å utvikle løsninger som ivaretar spesialisthelsetjenestens kompetanse innen diagnostikk og behandling, og primærhelsetjenestens helhetsvurdering og samordning av hjelpetiltak. Driftsmodeller for slike enheter må utredes nærmere.

Forholdet til NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt

"NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt" (Wisløff-utvalget) er mer rettet inn mot samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten enn NOU 2004:18. De regionale helseforetakene vil avgi høringsuttalelse til NOU 2005:3 senere.

Vi vil imidlertid allerede i denne høringsuttalelsen peke på at også "NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt" har Individuell Plan som et sentralt tema. Wisløff-utvalget vil prinsipielt plassere ansvaret som koordinator- eller planansvarlig i kommunehelsetjenesten, mens Bernt-utvalgets utredning åpner for at planansvarlig alternativt kan pekes ut av spesialisthelsetjenesten eller fylkeskommunen. De regionale helseforetakene mener at det er vanskelig å tenke seg sammensatte tjenestetilbud uten fagfolk i kommunale funksjoner som sentrale aktører. Vi vil derfor støtte Wisløff-utvalget i at kommunen bør ha et hovedansvar for utarbeidelse av Individuell Plan, og at planansvarlig som hovedregel bør pekes ut i kommunen.

Med hilsen

Bjørn Erikstein
Administrerende direktør

Vegard Høgli
Medisinsk fagsjef