

Helse- og omsorgsdepartementet
Sosialtjenesteavdelingen
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Dok.nr.: 200500444	12
Artikkel: 500	Journ.dato 20.05.05
Avd.: KTA-2	Saksbeh.: BSH
U.off.:	

Deres ref.: 200500444

Vår ref.: 2003/00049 RGI Dato: 18.05.2005
Saksbehandler: Ragnhild Gilberg

NOU 2005:3 "FRA STYKKEVIS TIL HELT - EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE" - HØRINGSSVAR

Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) har mottatt høringsbrev av 1. mars 2005, og vil i det følgende gi våre synspunkter på Wisløff-utvalgets innstilling NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste".

Generelle kommentarer

Wisløff-utvalgets hovedformål var å vurdere samhandlingen mellom tjenester som gis etter lov om kommunehelsetjenester og tjenester som gis etter lov om spesialisthelsetjenester, samt vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen mellom disse tjenestenivåene. **FO etterlyser at også tjenester som gis etter lov om sosiale tjenester er tatt med i en slik vurdering.** Mange ressurskrevende brukere mottar også sosiale tjenester, eksempelvis mennesker med psykisk utviklingshemming eller andre funksjonshemminger og rusmisbrukere. Dette er ofte brukere som trenger et omfattende tjenestetilbud fra flere instanser, både kommunale tjenester og tjenester fra spesialisttjenesten over lengre tid, noen sågar gjennom hele livet. **FO mener derfor det er nødvendig å sette fokus på nødvendigheten av sosialfaglig koordinering i et forløp hvor pasienter kommer fra kommunene, er inne i spesialisttjenesten og overføres tilbake til kommunene.** Sosialfaglig personell bør ha en sentral rolle i et slikt koordineringsarbeid, hvor brukerens livssituasjon må ses på i en helhet; bolig, arbeid, fritid, nettverk, økonomi og helse. Bernt-utvalgets utredning om samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester (NOU 2004:18) viser at sosial- og helsetjenester må sees i sammenheng for å sikre best mulig kvalitet på tjenestene til den enkelte bruker.

Brukermedvirkning og individuelle planer

Alle som arbeider i helsevesenet har plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Som utvalget påpeker innebærer dette en plikt til å se utenfor egne faglige rammer og pasientens helhetlige situasjon. FO vil i den forbindelse påpeke at når det for eksempel gjelder en del pasienter med psykisk utviklingshemming vil pårørende og/eller hjelpeverger være en viktig samarbeidspartner for å ivareta pasientperspektivet på en ordentlig måte.

Wisløff-utvalget fastslår at det i tillegg til den enkeltes rett til medvirkning på egen tjeneste, er nødvendig med rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning. I helseforetakene er det opprettet brukerutvalg knyttet til de regionale foretakenes ledelse. Denne ordningen er regulert i helseforetakslovens § 35. Det er bruker- og pasientorganisasjonene selv som oppnevner representanter til slike råd. Utvalget foreslår at de innføres en tilsvarende bestemmelse om kollektiv brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven. **FO støtter utvalgets forslag om å etablere bestemmelser om kollektiv brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven, men mener at denne type ordning også må innføres i sosialtjenesteloven.** Vi vil igjen peke på sammenhengen mellom disse to lovene og viktigheten av en samkjøring for å kunne gi best mulig tilbud til brukerne av tjenestene.

FO er enig i utvalgets vurdering av at individuell plan kan være et godt verktøy for å fremme samhandling. Men vi vet, som utvalget også påpeker, at både tjenesteytere og tjenestemottakere har mangelfulle kunnskaper om denne ordningen, og at den derfor er lite tatt i bruk. I tillegg til at bestemmelsene om individuell plan er ukjent for mange, tror vi at mange som har laget individuelle planer har opplevd at de er for omstendelige og ikke fungerer som et godt arbeidsverktøy. Dette fører til at planen gir mer ekstra jobb enn nytte i arbeidet med bruker, og at dokumentet lett ender i en skrivebordsskuff. **FO støtter derfor utvalgets forslag om at det iverksettes et omfattende informasjonsarbeid rettet mot grupper som kan ha store samhandlingsbehov. Vi mener videre at de som skal yte tjenester til disse gruppene også må innlemmes i dette informasjonsarbeidet, både tjenesteytere på kommunalt nivå og i spesialisttjenesten.** For at denne satsingen på informasjon om individuelle planer skal ha en hensikt, må det i tillegg til informasjon om rettigheter til plan, også skuleres i hvordan en individuell plan utarbeides, hvilken samhandling som må til og hvordan planen skal følges opp i tjenesteytingen.

Individuell plan er lovfestet for pasienter som er under psykisk helsevern, jfr. lov om psykisk helsevern § 4-1. Denne loven pålegger at institusjoner/ virksomheter skal utarbeide en individuell plan for alle pasienter, uavhengig av lengden og omfanget på de tjenester som mottas. På andre tjenesteområder er individuell plan rettighetsbasert og krever at en bruker har langvarige og koordinerte tjenester. **FO mener at individuell plan på alle områder bør være en rettighetsbasert ordning, og at det må forutsettes tjenester av ett visst omfang og varighet for at en plan skal være funksjonell som et samhandlingsverktøy og utvikling av gode tjenester.** Som det påpekes i utredningen er det problematisk at det etter dagens regelverk ikke er tydelig hvilket forvaltningsnivå som har ansvar for at individuell plan utarbeides der det skal gjøres. **FO støtter utvalgets forslag om at kommunen er ansvarlig for at individuell plan utarbeides, og at spesialisttjenesten har plikt til å medvirke i kommunens arbeid.**

Pasientansvarlig lege, pasientopplæring og informasjon

Mange brukere som har behov for omfattende og sammensatte tjenester har også ofte funksjonshemninger (være seg psykisk, fysisk eller som følge av rusmisbruk) som gjør det problematisk for disse å skaffe seg informasjon om helsevesenet og ivareta sine egne rettigheter som pasient. Det er viktig for den enkeltes utbytte av behandlingen at en føler seg trygg i møte med helsevesenet. **FO støtter forslagene som omfatter forsterket informasjon og opplæring til visse pasientgrupper.** Dette er informasjon og opplæring som ikke bare må gis av lege, men også av sosialfaglig personell.

Formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

Utvalget mener det vil ha stor verdi at det utarbeides formaliserte avtaler som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. FO er enig i at det er viktig at samarbeidet formaliseres. Vi vil imidlertid påpeke at det kan være en fare ved at bruk av kontrakter kan være med på å redusere fleksibiliteten og muligheten for å finne løsninger, fordi oppgavene kan bindes opp ved bruk av kontrakter. Det blir viktig at kontrakter ikke detaljstyrer mulige løsninger, men åpner opp for en god samhandling om å finne best mulig løsning for den enkelte.

(Re)habiliteringstjenesten

Utvalget har i sin utredning et bredt og godt fokus på rehabilitering. **FO savner at det også fokuseres på rehabilitering.** Rehabilitering fokuserer på opptrening, at pasienten skal bli frisk igjen, tilbakevinne sin normale funksjon. Vi vet imidlertid at mange mennesker med psykisk utviklingshemming, rusmisbrukere og andre aldri vil kunne komme opp på et normalt funksjonsnivå, og hvor dette heller ikke er noe mål. For denne pasientgruppen fokuseres det på de ressursene vedkommende har på tross av sin funksjonshemming, vedlikeholde disse og at den enkelte skal ha best mulig livskvalitet med sin funksjonshemming. I dette arbeidet gjør habiliteringstjenestene en veldig viktig jobb. Disse er viktige samarbeidspartnere for kommunene og de tjenesteytere som gir tjenester til mennesker med funksjonshemming av mer varig art..

Veiledningsplikt

Wisløff-utvalget vektlegger i sin utredning at veiledning bør være en naturlig oppgave for alle deler av helsetjenesten. FO mener utvalget i sin utredning bruker begrepet veiledning om noe som mer ligner på en konsultasjon. Sentrale kjennetegn ved veiledning er at den er prosessrettet, sammenhengende og systematisk. Den er en kontraktmessig, tidsbestemt, støttende, igangsettende og faglig bevisstgjørende prosess. For eksempel vil en mer erfaren kollega hjelpe en mindre erfaren til å integrere ulike typer av faglig kompetanse, slik at kollegaen blir i bedre stand til å handle i tråd med sitt fag. **FO mener både konsultasjon (slik Wisløff-utvalget foreslår) og veiledning er viktige momenter i tjenesteutvikling og samhandling**

Samhandling mellom tjenesteytere - tverrfaglighet

FO støtter utvalgets forslag om at samhandling skal være tema innen for alle grunnutdanninger for alle grupper helsepersonell. Det må gjelde både på videregående nivå, høgskole- og universitetsnivå. I tillegg til generell samhandlingstematikk mener vi temaet tverrfaglighet og felleskapsutvikling på tvers av faggrupper må være tema i grunnutdanninger, ikke bare i tverrfaglige etter- og videreutdanninger. Deler av samhandlingsmilliarder bør brukes til å utvikle gode kompetansefremmende og tverrfaglige tiltak for å bedre samhandlingen mellom de enkelte tjenesteyterne. **God samhandling fremmes når to eller flere mennesker kommuniserer direkte med hverandre, sjelden via kontrakter og gode hensikter. Viktigheten av en felles arena er her betydelig.**

For utvikling av fag og bidrag til gode tjenester er fagutvikling og forskning viktig. De tradisjonelle helseprofesjonene (sykepleiere og leger) har i dag ordninger som legger til rette for et godt forsknings- og utviklingsarbeid, for eksempel i ordningene med universitetssykehus og bedriftsinterne utdanninger. **For at de sosialfaglige profesjonene skal kunne bidra godt i det tverrfaglige samarbeidet må vi ha mulighet til å utvikle vårt faglige bidrag i spesialisttjenesten på tilsvarende måte som det helseprofesjonene gjør. Det må legges til rette for klientnært arbeid i kombinasjon med forskning og utviklingsarbeid.**

Praksis og hospitering

FO støtter utvalgets syn på at hospitering over tjenestenivåene er en god metode for kompetanseoverføring, det kan være med på å forbedre relasjoner og skape felles holdninger. **Vi støtter derfor forslaget om at kommuner og foretak etablerer gjensidige hospiteringsordninger.**

Når det gjelder praksisplasser for studenter er ordningen i dag slik at spesialisttjenestens ansvar for å stille med praksisplasser kun gjelder de utdanningene hvor praksis i spesialisttjenesten er et rammeplanfestet krav, for eksempel sykepleierutdanning. FO frykter at mange studenter som går på vernepleier- sosionom og barnevernpedagogutdanning ikke får praksisplasser i spesialisttjenesten, selv om dette i høyeste grad er relevant i utdanningsforløpet. **FO mener det vil styrke et tverrfaglig perspektiv og samhandling mellom ulike yrkesgrupper dersom det legges til rette for at studenter ved flere utdanninger får tilgang på praksisplasser i spesialisttjenesten.**

Stykkprisfinansiering

Wisløff-utvalget uttrykker at finansieringsordningene utgjør svært viktige rammebetingelser for helsevesenet. Utvalget mener videre at høye refusjonssatser er hemmende på samhandlingen mellom tjenestenivåene, og at man derfor er tjent med at stykkprisfinansieringen reduseres. FO er enig med utvalget i at stykkprisfinansieringen må reduseres. I motsetning til utvalget, som ønsker et mer fleksibelt finansieringssystem med mulighet for lokale tilpassninger, mener FO det er viktig at staten har en overordnet styring på områder der det er nødvendig for å nå viktige helse- og sosialpolitiske mål. FO er sterkt bekymret for de faglige

konsekvensene av aktivitetsstyrte finansieringsordninger. Vi ser en økt oppmerksomhet mot hvilke pasienter som er "lønnsomme", og vi ser en fare i at det enkelte tjenestested prioriterer de friskeste med enkle lidelser og kort behandlings-/liggetid, mens pasientgrupper med sammensatte lidelser, kroniske sykdommer eller funksjonshemming nedprioriteres. **FO advarer mot at det innføres lokalt tilpassede finansieringsordninger i helseforetakene for å fremme samhandling.**

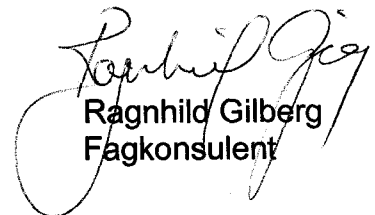
Konklusjon

FO mener Wisløff-utvalget fremmer mange gode forslag til tiltak i sin utredning, som kan være med på å fremme samhandling og utvikling av gode tjenester. Vi vil allikevel avslutningsvis påpeke vår uenighet på tre områder:

- **I utviklingen av best mulig tjenester til store brukergrupper må helsetjenesten og sosialtjenesten ses i sammenheng, både i kommunene og i spesialisttjenesten**
- **Gode betingelser for forskning og fagutvikling også innenfor det sosialfaglige arbeidet**
- **Større statlig styring av spesialisttjenesten for å nå viktige helse- og sosialpolitiske mål.**

Med vennlig hilsen


Randi Reese
Forbundsleder


Ragnhild Gilberg
Fagkonsulent