



Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Doknr.: 38
Arkivkode: 500	Journ. dato: 31.05.05
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Dato: 30.05.2005

Deres ref: 200500444

Vår ref (saksnr): 2005/1029-1  
(Oppgis ved all henvendelse)

Saksbeh: Øyvind Bergesen, 23033166

Arkivkode: 008

## **Høringsvar – NO 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste"**

Det vises til brev av 01.03.05.

Aker universitetssykehus HF kan gi nedenstående høringsuttalelse.

### **Generelt**

Innstillingen "Fra stykkevis til helt" er omfattende og beskriver godt tidens utfordringer. En intensjon er å sikre bedre samhandling mellom tjenestenivåene til beste for brukerne. Mange av virkemidlene er endringer i lovverk og krav til nye retningslinjer og avtaleinnngåelser. Dette til tross for at det i utgangspunktet hadde vært mer ønskelig med en helhetsvurdering av dagens lovverk med tanke på forenkling og rasjonalisering. Utvalget fremmer mange gode forslag til tiltak som utvilsomt vil kunne komme brukerne til gode samtidig som det kan bli vanskeligere for den enkelte bruker å orientere seg om sine rettigheter og muligheter.

### **1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser**

Utvalget foreslår ingen store nye økonomiske eller organisatoriske reformer.

#### *Forsøk med nye organisasjoner*

Innstillingen anbefaler å åpne for nye organisasjoner hvor både første- og annenlinjetjenesten sammen eier utførerorganisasjoner. Vi finner dette interessant, spesielt med tanke på etablering og sikring av tilbud i grenseområdet mellom de to tjenestene.

#### *Om bruk av økonomiske virkemidler - takst og refusjonssystemet*

Eierskap og finansiering er ulikt innenfor første- og annenlinjetjenesten. Dette kompliserer bruken av økonomiske virkemidler.

Refusjons- og finansieringsordninger som isolert belønner enkelttiltak i en behandlingkjede vil lett bidra til fraksjonering. Vi støtter utvalget i at samhandlingen i helsetjenesten er tjent med en reduksjon av stykkprisandelen.

Dagens finansieringsordninger fører til at mange viktige samhandlingsaktiviteter fremstår som lite lønnsomme økonomisk og nedprioriteres.

Det er i dag etablert 33 lærings- og mestringssentre i Norge. De bygger alle sin virksomhet på samhandling mellom brukere og fagpersonell. Innstillingen går inn for en videreutvikling av modellen som en møteplass for brukerorganisasjoner og helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tråd med tankene om utprøving av nye finansieringsordninger som bedre kan understøtte samhandling, har Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom på Aker universitetssykehus HF tidligere fremmet konkret forslag om utprøving av en finansieringsmodell som utløser høyere takst ved samhandling på tvers av nivåer og etater. Dette kan ettersendes om ønskelig.

## **2. Forslag knyttet til pasientperspektiver**

### *Brukermedvirkning*

Forslaget om lovfesting av brukermedvirkning kommunehelsetjenesteloven støttes.

Brukerutvalg skal gi råd til ledelsen i saker de får seg forelagt og kan også på eget initiativ ta opp saker. De skal bli hørt i utarbeidelsen av planer for virksomheten. Brukerutvalgene bør etablere formaliserte kanaler for innhenting av informasjon.

I innstillingen understrekes flere ganger betydningen av brukerutvalg. Opprettelsen er lovfestet, men for at utvalgene ikke skal bli gissel for ledelsen istedenfor en ressurs, er det viktig at det stilles krav til rammebetingelser for utvalgene. De må sikres forankring i ledelsen.

Forventninger må avklares og avstemmes mot økonomi og incentiver. Brukerutvalget ved vårt foretak peker på at det i dag brukes mye tid som ikke honoreres. Det svekker rekrutteringen til slikt arbeid. Med økende krav til brukermedvirkning, må også dette arbeidet kvalitetssikres og honoreres.

Brukerorganisasjonene utfører i dag et stort og viktig arbeid for å ivareta sine medlemmers interesser. De representerer en ressurs man i betydelig større grad kan dra nytte av. Arbeidet er imidlertid i høy grad basert på frivillighet. Så langt vi er informert, er tilskuddene til å drive dette arbeidet i den senere tid blitt redusert. Også her bør økonomiske incentiver følge planene om økt brukermedvirkning.

### *Individuell plan*

Individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Innstillingen peker på mangelfull oppfyllelse av kravet om utarbeidelse av individuell plan og foreslår avklarende retningslinjer for ansvar og økt innsats for å kvalitetssikre utarbeidelsen. Dette er sammenfallende med vår oppfatning. Det er viktig at arbeidet med individuell plan sikrer planen som et nyttig forpliktende arbeidsdokument for alle parter slik at kravet ikke oppfattes som et rent byråkratisk pålegg. Dette kan oppnås gjennom ytterligere forenkling og klarhet rundt kravene til planen.

I eventuell utarbeidelse av supplerende retningslinjer er det viktig at man også sikrer at planen bygges på brukers ønsker, behov og muligheter. I utarbeidelsen av individuell plan kan lett pasienten bli den svake part som ikke makter å tydeliggjøre sine ønsker.

Rapportering på bruk av individuell plan som en nasjonal kvalitetsindikator kan gi positiv effekt, både gjennom fokusering på denne rettigheten og gjennom sammenligninger av praksis.

#### *Pasientansvarlig lege*

Praktiseringen av ordningen med pasientansvarlig lege har vært vanskeliggjort av vaktordninger og fravær på grunn av avspasering og kursdeltagelse. Oppheves ordningen, bør det utpekes en legekontakt ved utskrivelse av pasienter med komplekse lidelser og/eller langvarig behov for spesialisthelsetjenester.

#### *Pasientopplæring og informasjon*

Utvalget foreslår et tillegg i pasientrettighetsloven som gir pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemming rett på opplæring når dette er nødvendig. Dette støttes fullt ut når det kobles mot intensjonen om å sikre en mer robust finansiering av virksomheten ved lærings- og mestringsstentrene.

Utvalget peker på at befolkningen skal gis et likeverdig tjenestetilbud over hele landet, uavhengig av etnisk bakgrunn. Skal samhandling og læring lykkes overfor brukere med minoritetsbakgrunn, må ofte spesielle ressurser settes inn.

Finansieringsordningene må også tas tilstrekkelig høyde for familieperspektivet i samhandlingen mellom bruker og behandlingsapparat.

#### *Pasientombud og tilsyn*

Forslaget om utvidelse av ordningen med pasientombud støttes. Det er en forutsetning at ordningen gjøres godt kjent for pasienter og pårørende.

### **3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere**

#### *Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen*

Aker universitetssykehus HF har innført praksiskonsulentordningen og etablerer samhandlingsarenaer opp mot fastlegene. Fastlegenes mulighet til å ivareta samhandlingsoppgaver bør styrkes.

#### *Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner*

Samhandlingsavtaler benyttes allerede i dag. Avtalene fungerer som viktige instrument som sikrer formelle samhandlingsfora og regulerer forhold rundt pasienter som er utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. Avtalene er i ferd med å videreutvikles og kan bidra til etablering av mer sømløse behandlingsskjeder mellom tjenestenivåene.

De kan også benyttes til å løse et tilbakevendende problem; manglende koordinering av tjenestetilbudene under høytider som jul og påske samt under ferieavviklinger. Stengning av sykehusavdelinger og redusert drift ved avlastningsenheter/omsorgsavdelinger i kommunene iverksettes uten koordinering. Når pasienter i slike perioder sendes hjem for i utgangspunktet å klare seg selv, oppstår lett forhold som oppleves uverdige for de det berører.

#### *Tiltak for å styrke rehabiliteringstjenesten*

Vi slutter oss til utvalgets vurdering og vil tilføye at vi opplever det problematisk at behandlingstilbudet innenfor rehabilitering er så ulikt utviklet i de forskjellige kommunene.

#### *Én adresse for samhandling i kommune og i foretakene*

Forslaget støttes. Det bør kunne iverksettes raskt.

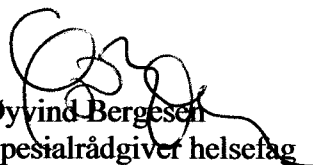
*Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling*

Det bekreftes at manglende muligheter til informasjonsutveksling er et betydelig hinder for god kommunikasjon i dag. Det gjelder både på grunn av mangelfullt utviklede tekniske alternativ, men også på grunn av uhensiktsmessige restriksjoner for utveksling av personopplysninger. Det rammer både utveksling av informasjon mellom første- og annenlinjetjenesten, men også internt mellom helseforetak.

*Kunnskapsutvikling, utdanning, opplæring og veiledning*

Det er klart behov for kunnskapsutvikling innenfor samhandling. Det dreier seg om oppbygging av kompetanse på de gode rutineene for samhandling, men også om kulturendringer.

Med vennlig hilsen

  
Øyvind Bergesen  
Spesialrådgiver helsefag