



Sunnaas sykehus HF

Helse- og omsorgsdepartementet
Einar Gerhardsens plass 3
Postboks 8011 Dep.

0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 59
Arkivkode: 500	Journ.dato 02.06.05
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Dato: 31.05.2005

Deres ref:

Vår ref (saksnr): 200500332-1/ELIR
Arkivkode: 008

Saksbeh: Eli Rygg,

Høringssvar til NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt.

Herved oversendes høringsuttalelse fra Sunnaas sykehus HF til ovennevnte NOU.

Med vennlig hilsen

Einar Magnus Strand
Administrerende direktør

Eli Rygg
Seniorrådgiver

Høringssvar fra Sunnaas sykehus HF (SSHF) til NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.

Vi har lest rapporten med stor interesse, og vil gi honnør for en grundig og god redegjørelse. Vårt helseforetak, som har fokus på rehabilitering, er opptatt av at det skal være et horisontalt pasientforløp uten hindringer av organisatorisk art. Vi er glad for at utvalget har sett at rehabilitering møter særlige utfordringer i forhold til samhandling.

I rapporten er det beskrevet mange positive tiltak. Enkelte av disse ønsker vi å uttale oss nærmere om. Vi vil påpeke områder vi mener er viktige for en bedre samhandling, og samtidig bifalle enkelte endringstiltak.

Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser.

Departementet ber om særlig tilbakemelding på kapittel 10.4.2 Forsøk med nye organisasjoner. Utvalget kommer med forslag om på ulike måter å kunne få til et felles eierskap mellom kommuner og mellom kommuner og foretak. Det kunne også være aktuelt se på hvordan kommune, foretak og private kunne eie sammen. Rehabiliteringsfelt får i disse dager ansvar for opptreningsinstitusjonene, - og i den sammenheng kunne det være aktuelt å utvikle behandlingsskjeder som et sameie mellom et foretak, opptreningsinstitusjon og kommune.

I kapittel 8. drøftes de organisatoriske rammebetingelsene for samhandling, og i kapittel 10.4.3. foreslår utvalget at KS får en sentral rolle i å utarbeide et landsdekkende avtalesystem. Fra Sunnaas sykehus HF perspektiv som gir rehabiliteringstilbud til pasientgrupper fra alle kommuner i Helse Øst, samt for noen pasientgrupper kommuner i Helse Sør, vil det være en hensiktsmessig og realistisk måte å få til avtaler med kommunene på. Det kan være et godt tiltak i styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene at KS inntar en samlende rolle for kommunene.

Vi støtter utvalget som i kapittel 10.3.4. sier det er et klart behov for å vurdere alternative finansieringsordninger for rehabilitering. Da bør finansieringsordninger ikke bare sees på i helseforetakene, men følge hele pasientforløpet til hjemkommunen eller motsatt.

I kapittel 10.4.6 foreslås at det opprettes et øremerket tilskudd på 1 milliard kroner til samhandlingstiltak mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Forslaget støttes fullt ut. Vi foreslår at dette må knyttes opp mot forpliktende samhandlingsavtaler forankret i øverste myndighetsnivå. Det må stilles konkrete krav til hva slike avtaler må inneholde. Midlene må øremerkes, og særlig rettes mot tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Videre kan midlene knyttes opp mot forslag i kapittel 10.3.8 der utvalget foreslår at det prioriteres ressurser til forskning rettet mot samhandlingskrevende pasienter/brukere.

Forslag knyttet til pasientperspektivet.

Kapittel 10.2.1 brukermedvirkning

Det understrekes at medvirkning både på individnivå og på systemnivå, er hensiktsmessige måter å kvalitetssikre tilbudene på, - også i kommunene.

Kapittel 10.2.2 individuell plan

Vi støtter utvalgets vektlegging av individuell plan, - og ser det som verktøyet for å få til tverrfaglig/ tverretattlig rehabilitering. Utvalget har i liten grad problematisert koordinatorrollen i dette arbeidet. Fra den enkelte pasient og deres familie, er behovet for en tilgjengelig koordinator det som ofte uttrykkes. Det burde øremerkes tiltak for å prøve ut ordninger for å skolere og veilede pasientkoordinatorer. Dette er et godt samhandlingstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

I kapittel 11.2 omtales samarbeid om individuell plan på tvers av etatene/instansene. Dette samarbeidet berører ulike lovgivninger men utvalget ser det ikke som hensiktsmessig å lage konkrete forslag til ordlyd og hjemling av bestemmelser utenfor helselovgivningen. Vi viser til NOU 2004:18, Helhet og plan i sosial og helsetjenestene og mener at disse to NOUer bør sees i sammenheng.

Kapittel 10.2.3. Pasientansvarlig lege

Vi er kritiske til at pasientansvarlig lege kun skal gjelde for ”pasienter med komplekse eller langvarige behov” Dette bør være et tilbud til alle pasienter. Sykehusinnleggelse ofte innebærer tap av autonomi og den enkelte utsettes for stress. Den pasientansvarlige lege vil være den som sørger for informasjon og oversikt har over de sammensatte tjenestene et sykehusopphold kan innebære.

Kapittel 10.2.4 pasientopplæring og informasjon

Opplæring bør også inkludere familien, - særlig for pasienter med kroniske lidelser/varige funksjonsnedsettelse. Det bør legges til rette for at opplæring av familien også utløser poliklinisk opplæringstakst på linje med opplæring av pasienten. Den konkrete samhandlings milliarder bør også kunne øremerkes opplæringstilbud for hele familien, - også der pasienten er voksen. Ivaretagelse av barn til foreldre med varige funksjonshemninger/kroniske lidelser er forsømt i dag.

Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

Kapittel 10.3.1 Legetjenesten i kommunen

Vi vil særlig støtte utvalget i forslaget om at det i fastlegeforskriften inkluderer klare funksjons- og kvalitetskrav for å sikre en bedre legetjeneste til personer med store og sammensatt behov. Vi vil igjen understreke familieperspektivet i dette. Når departementet spør hvordan dette kan gjøres, vil ofte brukertilfredshetsundersøkelser være nytte måter for å få tak i den enkeltes opplevelse av hjelpen de får av helsetjenestene.

Kapittel 10.3.3 Formaliserte avtaler

Viser til våre kommentarer i punkt 1. Vi ønsker å presisere spesielt viktigheten av forpliktende, konkrete samarbeidsavtaler mellom nivåene. Disse må inneholde gjennomførbare tiltak knyttet opp mot øremerkede midler.

Det er noen forhold som vi ser som vesentlig for bedret samhandling:

- Kapittel 4.3. Praksiskonsulentordning
Forslag til endring:
Praksiskonsulentordningen bør ikke bare gjelde leger, men også andre aktuelle faggrupper som sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og eventuelt andre. En slik ordning vil kunne bidra til kompetanseoverføring og nettverksbinding på flere plan mellom de ulike nivåer til beste for pasient/bruker. Tilbudet bør gjelde alle kommuner som mottar pasienter/brukere som har behov for helsehjelp etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Tilbudet skal forankres i samarbeidsavtale slik det beskrives i punkt 4.4. kapittel 10.3.3 og 10.3.8.
- Kapittel 7.2.1 og 7.5.1 Koordinerende enheter, med kontaktpersoner
Lite nevnt i rapporten, men er et meget viktig for samhandling og nettverksarbeid. Det er en nødvendig forutsetning at koordinerende enheter er velfungerende på alle nivåer
- Kapittel 7.4.4. Ambulant virksomhet
Vi støtter fullt og helt utvalgets syn på ambulant virksomhet som en viktig del av helsepersonellens lovpålagte veiledningsplikt. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. På mange måter kan ambulante tjenester dekke "hullene" mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ved å komme i dialog og kommunikasjon når det gjelder kunnskapsoverføring - dette gjelder begge veier - kan det helhetlige tilbudet til pasientene bli ivaretatt og kvalitetssikret på en bedre måte enn i dag. Med dagens lovpålagte rettigheter og plikter til utarbeidelse av individuelle planer er ambulant tjeneste en viktig brikke i samspillet og veiledningen mellom tjenestenivåene.
- Kapittel 7.8.4 Veiledningsplikten.
Denne er forsømt i dag. Som spesialistsykehus i rehabilitering ser vi at veiledning er et viktig element i god samhandling. Det er hensiktsmessig å legge økonomiske insitamenter for å bygge opp om denne virksomheten ved foretakene, og særlig for foretak som har et vidt geografisk område å dekke.

På individnivå kan veiledningsplikten gjennomføres på en bedre måte ved å styrke ambulante tjenester samt styrke praksiskonsulentordningen.
På systemnivå er Rehabiliteringsnettverket A-hus et godt eksempel på at det er mulig å oppfylle veiledningspliktens intensjoner.
- Kapittel 10.2.2. Individuell plan
På et organisatorisk nivå, ser vi det som nødvendig å få en forankring av Individuell plan utover helsetjenestene. Mange brukere i rehabilitering trenger hjelp fra mange etater, det er vesentlig at Individuell plan er brukernes plan, og overordnet andre etaters brukerplaner, som opplæringsplan og utføringsplaner. Forslaget om å legge plikten til å utarbeide en individuell plan inn i Lov om helsepersonell løser ikke denne utfordringen, - kanskje burde det løftes inn i Handlingsplanen for universell utforming, som flere departement har gått sammen om.
- Kapittel 10.2.4. Lærings- og mestringssentre
Det er gledelig at utvalget ser verdien i det viktige arbeidet som gjøres med Lærings- og mestringssentrene, og at dette er kan være en arena som kommunalt samhandling, -

og vi understreker at det fordrer en annen finansieringsordning enn som i dag er grunnlaget for Lærings- og mestringssentrene.

Kapitel 10.3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten

Utvalget foreslår at kommuner og helseforetak samarbeider om felles kriterier for å planlegge å bruke rehabiliteringstilbudene. Vi ser det som viktig at denne planleggingen er knyttet til en regional forståelse av hvilke rehabiliteringstilbud som bør finnes, og at også knyttes opp mot en nasjonal forståelse og prioritering av rehabilitering. For noen pasientgrupper kan det være å gjøre nasjonale satsninger for å få opp tilbud, for eksempel mennesker som etter en ervervet hjerneskade har fått store adferdsvansker, for andre grupper kan flere regionale tilbud være nødvendig, for eksempel ryggmargskadde. Så er det andre grupper må få tilbud ved alle foretak og i kommunen som hjerneslagspasientene. Vi støtter utvalgets anbefalinger med føringer om omleggingen av opptreningsinstitusjonene.

- Institusjonene underlegges de samme prinsipper og retningslinjer for kvalitet og prioritering som helseforetakene.
- Institusjonene skal være et supplement til, men ikke erstatte rehabiliterings-, og etterbehandlingstilbudene i sykehus og i kommunehelsetjenesten.
- De nye avtalene må gi grunnlag for en kvalitativt bedre tjeneste, riktigere prioritering og en mer helhetlig behandlingsskjede.
- Avtalene må understøtte arbeidet for en bedre koordinert rehabiliteringstjeneste med god samhandling.

Vi er glad for at utvalget så klart ser behovet for andre finansieringsordninger for rehabilitering enn det som finnes i dag.