

Deres ref
200500444

Vår ref

Dato
20.05.2005

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Doknr.: 77
Arkivkode: 500	Journ dato 020605
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste"- høringsuttalelse

Ved kongelig resolusjon 17. oktober 2003 ble det nedsatt et utvalg for å utrede og foreslå tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenestene mellom første- og andrelinjen (Wisløff-utvalget). Utvalget leverte i januar 2005 sin innstilling; NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste". Høringsfristen er satt til 1. juni. 2005.

Norske Rehabiliteringsinstitusjoner (NRI) har følgende medlemmer:

Opptreningscenteret Jeløy Kurbad, Moss
Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad, Tromsø
Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter, Lillehammer

NRI avgir med dette følgende høringsuttalelse:

Pkt. 1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

- *Kommunene står for det breddeorienterte velferdstilbudet. Helseforetakene skal tilby de spesialiserte behandlingene.*
- *Kommunene og helseforetakene deler det juridiske ansvaret for å yte tjenester. I praksis er det en flytende delelinje, som i stor grad er bestemt av hvordan fagmiljøene finner det hensiktsmessig ut fra tradisjon, kompetansekrav, krav til utstyr og økonomiske styringsmidler, jf. kap. 5.2.*
- *Det er omsorgstjenestene som i særlig grad utfordrer kommunene, jf. kap. 5.5.*
- *I forskrift om utskrivningsklare pasienter er det spesialisthelsetjenesten som definerer når en pasient er utskrivningsklar og dermed kommunens ansvar.*
- *Ubalansen mellom antall kommuner og antall foretak innebærer ofte at samarbeidsløsninger er basert på hva som er praktisk for spesialisthelsetjenesten, jf. kap. 8.1.2.*
- *Utvalgets vurdering er at dagens finansieringsordninger fører til at mange viktige samhandlingsaktiviteter fremstår som lite lønnsomme, jf. kap. 8.2.1.*
- *Utvalget foreslår å åpne for forsøk der kommuner og foretak kan eie utførelsenhetene i helsetjenesten sammen, jf. kap. 10.4.2.*

Både for kommunene og spesialisthelsetjenesten vil ansvarsområdet forskyves i takt med økt kunnskap, økte behandlingsmuligheter og endringer i krav til kompetanse. Ettersom spesialisthelsetjenesten øker sin kompetanse, omdefinierer helseforetakene sin rolle og overlater "gamle" områder, og stadig flere pleiertrengende pasienter, til kommunene. NRI ser dette som

Administrasjon:
NRI
C/o Opptreningscenteret Jeløy Kurbad
v/ Kjeld Kjær
Bråtengaten 94
1515 MOSS

Tlf: 69 24 58 00 - Fax: 69 24 58 88
e-post: kjeld.kjaer@ojk.no

Styreformann:
NRI
C/o RNNK AS
v/ Raymond Knutsen
Conrad Holmboesvei 95
9011 TROMSØ

Tlf: 77 66 88 00 - Fax: 77 66 88 66
e-post: raymond.knutsen@kurbadet.no

Organisasjonsnr: NO 984 902 808

Bankkontonr: 1644.11.55011

en naturlig del av kommunenes ansvar. Det svekker imidlertid stillingen til kommunehelsetjenesten at spesialisthelsetjenesten i så stor grad skal bestemme dens virke. Det vil derfor være viktig at helseforetakenes ansvar utvides til generelt å omfatte rehabilitering og funksjonsvurdering etter akutt innleggelse

For at kommunene fremover skal kunne gi de tjenestene som de er pålagt å yte, må tre viktige forutsetninger oppfylles:

1. Det må satses vesentlig mer på rask og effektiv rehabilitering for å unngå institusjonalisering og minske behovet for omsorgstjenestene.
2. Det må brukes langt større ressurser på forskning innen rehabilitering.
3. De kommunale omsorgstjenestene må gis en tilstrekkelig finansiering

Det er 434 kommuner, mange av dem små og med begrensede ressurser, og fem regionale helseforetak. Denne ubalansen i økonomisk og strukturell styrke fører ofte til at samarbeidet blir basert på hva som er praktisk for spesialisthelsetjenesten. NRI oppfatter det som viktig at kommunene i hver region samarbeider om felles avtaler med sitt regionale helseforetak. Et slikt samarbeid vil gjøre primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mer likeverdige som samarbeids- og avtaleparter. Det vil også sette kommunene bedre i stand til å medvirke i vurderingen av hvordan det juridiske ansvaret for tjenestene bør deles med helseforetakene.

Utvalget nevner flere områder der dagens finansieringsordninger gjør samhandling mellom kommunene og helseforetakene lite lønnsomt. Ofte skyldes dette at finansieringsordningene ikke stimulerer til fornuftige tiltak til beste for pasientene. NRI kan ikke se at det finnes noen ideell finansieringsordning. NRI mener likevel at et system hvor pengene følger pasienten i størst grad vil bidra til samhandling mellom de ulike aktørene.

NRI har ingen motforestillinger forsøk med sameie av utførerenheter i helsetjenesten mellom kommuner og foretak. NRI mener derimot prinsipielt at bestiller- og utførerrollene i spesialisthelsetjenesten bør skilles.

Konklusjon: Foretakene definerer i dag når en pasient er ferdig behandlet, og bestemmer derfor i stor grad kommunehelsetjenestens virke. For å motvirke dette, mener NRI at helseforetakenes ansvar for rehabilitering og funksjonsvurdering etter akutt innleggelse bør utvides i forhold til dagens praksis. NRI foreslår at det legges til rette for et større samarbeid mellom kommunene i hver region for å få til felles avtaler med det regionale helseforetaket. NRI mener at et system der pengene følger pasienten i størst grad vil bidra til samhandling mellom ulike aktører. NRI ser positivt på forsøk med sameie av tjenestearenaer mellom kommuner og helseforetak, men mener at bestiller- og utførerrollene i spesialisthelsetjenesten bør skilles.

Pkt. 2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

- Reell brukermedvirkning, jf. kap. 10.2.1.

Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven som i foretaksloven.

NRI er enig i at pasientrettighetsloven gir brukeren rettigheter som må sikres, også på systemnivå i kommunehelsetjenesten. Dette må innebære at også pasient- og brukerorganisasjonene får anledning til å oppnevne egne representanter som kan delta i utviklingen av tjenestetilbudene i kommunene.

- Individuell plan, jf. kap. 10.2.2.

Utvalget foreslår at det iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov.

Utvalget foreslår at kommunen skal være ansvarlig for arbeidet med individuell plan. Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt ha plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan når de yter tjenester til pasienter som har en slik rett.

Utvalget foreslår å harmonisere regelverket for når pasientene har krav på individuell plan innenfor somatikken og det psykiske helsevernet.

Utvalget foreslår at plikten til å delta i arbeidet med individuell plan tas inn i helsepersonelloven og i regelverket som regulerer virksomheten til andre kommunale, fylkeskommunale, statlige og private etater/virksomheter.

Utvalget anbefaler at kravet om utarbeidning av individuell plan følges bedre opp gjennom helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer / internkontrollsystemer. Utvalget foreslår en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan for alle kommuner og foretak.

Individuell plan brukes i dag i liten grad som et aktivt verktøy i pasientbehandlingen. NRI er enig i at individuell plan kan være et godt verktøy for å oppnå bedre samhandling mellom ulike tjenesteutøvere og brukeren. Det er viktig at denne retten gjøres bedre kjent blandt aktuelle brukere. NRI mener at ansvaret for å utarbeide individuell plan må bli mer entydig, og at dette må være kommunens oppgave. NRI ser det også som viktig at regelverket innenfor somatikken og det psykiske helsevernet blir harmonisert.

NRI bifaller at alle som deltar i rehabiliteringen av brukere som har krav på individuell plan skal delta i arbeidet. For å unngå ny usikkerhet om hvordan denne plikten skal forstås, er det imidlertid viktig at det utarbeides konkrete retningslinjer for hvordan dette samarbeidet med kommunehelsetjenesten skal fungere. Det bør også vurderes om utarbeidelsen av individuelle planer bør følge en standardisert mal. NRI ser det som ønskelig at det innføres en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan, også for å få vurdert hvilke virkninger slike planer har på rehabiliteringsprosessene.

- Utvide pasientombudsordningen, jf. kap. 10.2.5.

Utvalget foreslår at dagens ordning med pasientombud utvides til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og tjenester etter sosialtjenesteloven.

Utvalget mener at hensynet til samhandlingsproblemene i helsetjenesten tilsier en samlet organisering av tilsyn med helsetjenesten.

NRI mener at en styrking av pasientombudenes rolle vil være en viktig styrking av pasientenes rettigheter. NRI bifaller derfor at pasientombudene skal ha mandat til også å behandle henvendelser som gjelder kommunehelsetjenestene og sosialtjenestene. NRI bifaller viktigheten av en samlet organisering av tilsyn med helsetjenesten.

Konklusjon: NRI er enig i at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven som i foretaksloven. NRI bifaller at det iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot brukere med store samhandlingsbehov. NRI er enig i at kommunen skal være ansvarlig for arbeidet med individuell plan, at regelverket for når pasientene har krav på individuell plan innenfor somatikken og det psykiske helsevernet harmoniseres, og at andre kommunale, fylkeskommunale, statlige og private virksomheter pålegges plikt til å delta i dette arbeidet. NRI bifaller også en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan. NRI mener at det er viktig å utarbeide konkrete retningslinjer for hvordan andre etater skal bidra sammen med kommunehelsetjenesten ved utarbeidelse av individuell plan. Det bør også vurderes om individuelle planer skal følge en oppsatt mal.

Pkt. 3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

- Funksjons- og kvalitetskrav overfor fastlegene, jf. kap. 10.3.1.

NRI har ingen formening om dette punktet

- Gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale, jf. kap. 10.3.3.

Utvalget foreslår å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå mer helhetlig pasientbehandling.

Utvalget foreslår at avtalen skal vedtas av kommunestyret selv og av foretaksstyret selv. Avtalene må blant annet inneholde krav til gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene. Avtalene må som et minimum revideres hvert fjerde år.

NRI ser det som viktig at store aktører som samarbeider om å levere helsetjenester til befolkningen har en formalisert avtale om hvordan samarbeidet skal fungere for at samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene skal ivaretas. NRI mener at en slik avtale primært burde komme i stand mellom det regionale helseforetaket og et samarbeid mellom kommunene i regionen. NRI er enig i en gjensidig plikt til konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene.

Konklusjon: NRI er enig i at kommuner og foretak pålegges en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale for å oppnå mer helhetlig pasientbehandling, og med krav om

gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene.

Forslag 10.3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliterings-tjenesten

Utvalget foreslår at kommuner og foretak samarbeider for å få felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbudene.

Utvalget anbefaler at omleggingen av opptreningsinstitusjonene gis noen sentrale føringer :

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

Det er også behov for å utvikle nye finansieringsordninger for blant annet rehabilitering, jf. kap. 10.4.

NRI har i lengre tid etterlyst objektive faglige krav til de private rehabiliteringsinstitusjonene bl.a. for at slike krav skal kunne brukes til å foreta en objektiv vurdering av refusjonssatsene til de ulike institusjonene. Utvalget har i sin diskusjon poengtert at dagens regelverk for disse institusjonene ikke er tidsmessig og derfor bør revideres. Det kan i denne sammenheng nevnes at NRI selv har valgt å utarbeide faglige krav til sine medlemmer da dette mangler fra offentlige instanser. NRI er derfor svært positive til at utvalget foreslår at det skal utarbeides retningslinjer for kvalitet til disse institusjonene, og at dette skal gjenspeiles i de avtalene som blir gjort mellom disse og helseforetakene.

NRI vil i den sammenheng påpeke at dersom det skal stilles økte krav til kvalitet krever dette også en økning i den kompensasjonen som gis til de private rehabiliteringsinstitusjonene. NRI merker seg at denne problemstillingen ikke blir berørt av utvalget.

NRI er imidlertid noe bekymret for hva utvalget legger i uttalelsen om at de private rehabiliteringsinstitusjonene kun skal være et "supplement" til rehabiliterings-, opptrenings- og etterbehandlingstilbudene i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Mye av bakgrunnen for dette er at i revidert nasjonalbudsjett er det foreslått å overføre 100 millioner NOK til lokalsykehusene for at disse i hovedsak skal bygge ut sine egne rehabiliteringstjenester. NRI er av den oppfatning at det ville være langt mer hensiktsmessig samfunnsøkonomisk å benytte seg av den kapasiteten og infrastrukturen som allerede eksisterer blant dagens rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. NRI frykter en utvikling der det offentlige bruker store ressurser på å bygge ut sitt eget rehabiliteringstilbud når et slikt tilbud allerede eksisterer blant private tjenesteytere. Dette fordi f.o.m. 2006 er det meningen at de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene skal gi tilbud på sine tjenester til de regionale helseforetakene. Hvis de 5 RHF bygger ut eller er i ferd med å bygge ut sitt eget tilbud oppfatter NRI det som meget

sannsynlig at de vil være langt mindre villig til å kjøpe de aktuelle tjenestene fra private tjenesteytere selv om dette skulle være mer gunstig økonomisk.

Konklusjon: NRI er svært positiv til at det blir lagt opp til kvalitetskrav for de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene. NRI påpeker allikevel at høyere krav til kvalitet må gjenspeiles i form av økt kompensasjon. NRI er også bekymret over en utvikling der store offentlige ressurser blir brukt til å utvikle helseforetakenes eget rehabiliteringstilbudet, og frykter at dette på lengre sikt vil gjøre det uaktuelt for de regionale helseforetakene å kjøpe slike tjenester hos de private.

Forslag 10.4.6 Et øremerket tilskudd til samhandling

Utvalget foreslår at det opprettes et øremerket tilskudd på 1 milliard kroner til samhandlingstiltak mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Utvalget foreslår at det stilles krav om formalisert avtale om konkrete tiltak mellom kommune og foretak for utløsning av øremerkede midler til styrking av samhandling.

Utvalget foreslår at krav om avtaler skal foreligge før utløsning av statlige midler fra opptrappingsplanene for psykisk helse.

Utvalget foreslår at de øremerkede midlene benyttes som delfinansiering av samarbeidsprosjekter. Utvalget mener at det er vesentlig at partene bidrar med en egeninnsats i tiltakene for å skape nødvendig eierforhold til disse.

Utvalget foreslår at tilskuddet til samhandling kanaliseres via kommunene, og øremerkes tiltak som kommuner og foretak i fellesskap har interesse av å etablere.

NRI stiller seg noe uforstående til dette forslaget. Årsaken til dette er at utvalget ikke har foretatt noen form for økonomisk analyse av behovet for denne milliarden. Det er derfor uklart hvorfor en sum på 1 milliard kroner er foreslått.

Videre kan heller ikke NRI se at utvalget har forslag som er tilstrekkelig konkrete slik at det er mulig å evaluere en evt. bruk av denne milliarden. NRI er av den oppfatning at forslagene må være konkret nok til at det er mulig å foreta en "cost-benefit" analyse av disse. NRI kan ikke se at forslaget i sin nåværende form gjør dette mulig.

Konklusjon: NRI støtter ikke forslaget om å øremerke 1 milliard kroner til samhandlingstiltak.

Med vennlig hilsen
for NRI

Raymond Knutsen
Styreleder

TVERRFAGLIG MØTER – registreringsskjema over hvilke pasienter som ble drøftet.

Dato for møtet: _____

Tilstede ved møtet:

Navn

- Sykepleiere _____
- Fysioterapeut _____
- Ergoterapeut _____
- Lege _____
- Legespesialist _____
- Ernæringsfysiolog _____
- Logoped _____
- Ortopediingeniør _____

Pas. navn	Problemstilling