

Det Kgl. Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 80
Arkivkode: 500	Journ.no: 020605
Avd.: KTA	Saksleier: EV
U.off.:	



Oslo, 31.mai 2005
Ref.: 488/05/AS/rj

HØRING – NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjenesten"

Norsk Psykologforening har med interesse lest utredningen. Vi ser på bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som noe av det viktigste for å bedre helsetjenestene til befolkningen. Utvalgets arbeid fremstår på de fleste områder som et godt og gjennomarbeidet dokument, der sentrale problemstillinger blir drøftet. Spennende ideer har fått plass.

Det er imidlertid områder vi mener ikke er berørt eller drøftet skikkelig. Generelt sett har utvalget vært for individorientert, slik at barne- og familieperspektivet blir utilstrekkelig ivarettatt. Det er et stort behov for tiltak som kan styrke pårørendeperspektivet i helsetjenesten, og samhandling med pårørende må det være viktig å se nærmere på når vi diskuterer dette temaet. Fremstillingen blir også for lineær i forhold til mange av de pasientgruppene psykologer forholder seg til, begrep som "behandlingskjeder" kunne med fordel byttes ut med "behandlingsnettverk" når det gjelder personer med kroniske psykiske eller somatiske lidelser, som medfører sammensatte og komplekse behov for helsetjenester over lang tid.

Vi vil nedenfor komme med noen generelle kommentarer, og noen innspill i forhold til utvalgets konkrete forslag.

Brukermedvirkning

Norsk Psykologforening støtter vektleggingen av pasientperspektivet i utredningen. Når vi skal diskutere samarbeid mellom ulike instanser, er brukermedvirkning helt sentralt. En ting er brukerrepresentasjon i styrer og utvalg, en annen er det direkte relasjonsarbeidet som må til for å kunne gi individuelt tilpasset informasjon om behandlings- og tjenestetilbud, og for å koordinere tilbudene i nært samarbeid med den enkelte bruker. Samtidig ønsker vi å peke på noen utviklingstrekk som kan virke i motsatt retning av disse overordnede og gode intensjonene.

"Brukermedvirkning" er etter hvert en selvfølgelig del av alle politiske dokumenter og utredninger. Samtidig er det noen dilemmaer knyttet til begrepet, som kommer av en økende grad av spesialisering i helsetjenestene, samt økende krav til dokumentasjon og samhandling mellom fagfolk. Når spesialisthelsetjenesten har en stor definisjonsmakt i forhold til hvem som har rett til behandling, og denne makten i økende grad knyttes til byråkratisering av henvisningsprosedyrer og epikriser, der pasienten som regel har lite å si i forhold til saksbehandlingen, kan dette hindre brukermedvirkning i flere ledd.

Når utgangspunkt for henvisning ofte er en kort samtale på et legekantor, der det ikke alltid er mulig å komme inn på viktige forhold som har betydning for behandling, kan dette hindre at pasienter får den oppfølgingen de har krav på, selv om de nå har fått rett til å klage, eller har rett til å velge behandlingssted. Dette problemet vil i størst grad gå ut over de svakest stilte pasientgruppene, som personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk, og eldre, barn og unge som ikke har mulighet eller evne til å formidle sine behov. ”Det medisinske klasesamfunnet” blir ikke nødvendigvis mindre lagdelt ved økt brukermedvirkning – og dette må vi motarbeide.

Fastlegeordningen

Norsk Psykologforening er enige i at fastlegeordningen ikke fungerer etter intensjonene. Blant annet mener vi dette skyldes for høye forventninger til hvilke oppgaver og funksjoner legene skal og kan fylle. Fastlegene trenger mer å spille på i forhold til de omfattende oppgavene de har å betjene i kommunene. Det er viktig å ansvarliggjøre legene i forhold til samfunnsmedisinske oppgaver, men vi må også tenke på opprusting av kommunehelsetjenestene i forhold til andre faggrupper.

Behandlingskjeder – eller behandlingsnettverk?

Mange av samhandlingsproblemene mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste kommer av en for lineær tenkning om behandling; man blir syk, legges inn på sykehus for å bli behandlet, og kommer ut igjen på bedringens vei – kanskje man trenger litt oppfølging og pleie en periode. Et slikt forløp gir en grei arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, og man kan også forholde seg sekvensielt til behandling. Spesialisthelsetjenesten får henvisning fra legen, og skriver epikrise tilbake når folk er ”ferdigbehandlet”. Dette systemet egner seg mindre godt i forhold til kroniske lidelser, psykiske lidelser, personer med alvorlige rusproblemer, sammensatte vansker m.m. Her må vi støtte oss til andre typer modeller, som krever andre typer samhandling, komplekse behandlingsnettverk, heller enn enkle behandlingskjeder.

Koordinering

Individuell plan og pasientansvarlig lege – hvorfor fungerer det ikke? Man kan ikke regne med at lovfestede prosedyrer løser samarbeidsproblemene i seg selv. Individuell plan vil fungere dersom samhandlingen rundt den fungerer, dvs dersom den er nært knyttet til pasientens ønsker og behov, og dersom arbeidet blir godt koordinert, og kommunikasjon med involverte instanser fungerer. Da vil også pasientansvarlig lege kunne være del av samarbeidet på en god måte. I forhold til legemiddelassistert rehabilitering, der sosialkontoret de fleste steder har hatt koordinerende ansvar, fungerer både individuell plan og pasientansvarlig lege godt i mange tilfeller. I prosjektet ”koordinering av psykososialt arbeid” ble det lagt vekt på veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene med fokus på koordinering av arbeidet rundt personer med alvorlige psykiske lidelser. Slike modeller er spennende. Det bør gjennomføres flere lignende prosjekter. I det hele tatt – det å gjøre samarbeidsformer til ”prosjekter” er viktig – det øker interessen blant fagfolk, og er knyttet til evaluering – og det forankres i ledelsen. I denne sammenhengen er utvalgets forslag om å foreslå øremerkete tilskudd rettet mot samhandlingstiltak godt og viktig.

Pårørende

Det er slående at det legges så lite vekt på samhandling med pårørende i denne utredningen. Vi er bekymret for at et utelukkende individuelt og pasientsentrert fokus kan komme i veien for å tenke mer helhetlig om menneskers situasjon, og bekymringen er ikke mindre etter å ha lest dette. Pårørende er så vidt vi kan forstå ikke nevnt som samhandlingspartner. I forhold til

visse pasientgrupper, som barn og eldre, og personer med alvorlige somatiske og psykiske lidelser, vil pårørende i mange tilfelle være de viktigste å få til god samhandling med, og dette er et område som fortjener en skikkelig drøfting av ansvar, kompetanseoverføring, taushetsplikt, informasjonsutveksling m.m.

Barn og unge

Barn og unge byr på spesielle utfordringer når det gjelder samarbeid. Det er mye vi kunne sagt om dette, da temaet neste ikke er drøftet i utredningen. Vi vil i denne omgangen nøye oss med å minne om at barnevernet vil være en viktig samarbeidsinstans i forhold til vanskeligstilte barn som kommer i kontakt med helsetjenester på alle nivåer. Det er svært viktig at samhandling med barnevernet blir diskutert, da dette berører noen sentrale dilemmaer for helsepersonell, både når det gjelder taushetsplikt og informasjonsutveksling. Disse dilemmaene bør ikke komme i veien for at barn som trenger det, får hjelp.

Likeverdighet

Norsk Psykologforening har noen problemer med likeverdighetsbegrepet når det gjelder forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Den medisinske modellen for behandling ligger til grunn for oppsplittelsen i disse nivåene, der spesialisthelsetjenesten har de "beste" fagfolkene, de "beste" lønningene og de "beste" videreutdanningstilbudene. Dette er en modell som muligens egner seg for klare medisinske tilstander, der behandlingsmetoder er og skal være spesialiserte, som ved hjerteoperasjoner. Da er det naturlig at den beste ekspertisen er på et sykehus, og pleie- og omsorgstilbudene ligger i kommunen. For samarbeid og likeverdighet mellom nivåene er denne modellen et hinder. For noen pasientgrupper fører det til en uhensiktsmessig oppdeling. Vi tenker da spesielt på personer med alvorlig og sammensatt problematikk, på personer som i vanskelige livssituasjoner kunne trenge godt kvalifisert hjelp raskt og ubyråkratisk. Vi tenker spesielt på personer med psykiske lidelser, rus osv. I forhold til psykisk helse og rus er det nødvendig at man har gode fagfolk nærest mulig pasientene, både i forbyggings- og behandlingsperspektiv. Her ser vi at den medisinske modellen ikke strekker til. For å øke likeverdigheten mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, må vi i tillegg til andre ting, også tenke økt kompetansenivå i kommunene. Fastlegene som den eneste faggruppen med akademisk kompetanse er ikke nok.

Initiering av samhandling

Vi støtter utvalgets tydeliggjøring av at formaliserte og forpliktende samarbeidsavtaler skal forankres på et høyt nivå i ledelsen, både i kommuner og helseforetak. Vi støtter også at det skal være gjensidighet og likeverdighet i samarbeidet mellom helseforetakene og kommune, dvs at helseforetakene ikke skal kunne sette grenser for behandling ut fra eget behov for avgrensning, men skal samarbeide med kommunene rundt slike spørsmål.

Vi tenker likevel at det bør være en aktiv plikt for helseforetakene å ta initiativ til samarbeid med kommunene. Det er ved at spesialisthelsetjenesten formidler et ønske om å være til best mulig nytte for kommunene vi kan få endringer til å skje på dette feltet. Kommunene har p.t. ikke definisjonsmakt nok til å skulle ha et slikt ansvar.

Finansiering

Utvalgets diskusjon om finansieringsordninger gir en god oversikt og drøfting av fordeler og ulemper med ulike modeller. Dette er en uhyre viktig del av debatten i forhold til samhandlingen mellom tjenestenivåene. Norsk Psykologforening har inntrykk av at de regionale helseforetakene i stor grad knytter an til stykkprisfinansierte løsninger, og trygderefusjonsordninger, og at økonomisk styring har mer fokus enn tenkning rundt riktig

behandling til rett tid. Vi ser at utvalget deler denne bekymringen. Vektleggingen av økonomi har tatt fokus bort fra helhetlig tenkning i pasientbehandling og samarbeid med kommunene. Ideen om mer helhetlig finansiering i forhold til behandlingsforløp er det grunn til å gå videre med å utforske.

Kommentarer til utvalgets forslag

Kap. 10.2: Styrking av pasientperspektivet.

Generelt er forslagene i kapitlet gode. Det er viktig med en tydeliggjøring av at det er pasienter med store og sammensatte behov som trenger individuell plan og pasientansvarlig lege. Vi ser det også som riktig at det er kommunen som skal ha ansvaret for individuell plan, koordinering og helhetlig oppfølging av denne gruppen pasienter. Norsk Psykologforening mener at koordinatorrollen ikke er tydeliggjort nok, og mener at koordinators rolle vil kunne være avgjørende for i hvilken grad individuell plan blir godt nok tilpasset og endret med utgangspunkt pasientens skiftende ønsker og behov.

Kap. 10.3: Samhandling mellom tjenesteutøvere

Vi støtter i hovedsak utvalgets forslag, som stiller sterkere krav til samhandling mellom nivåene. Vi vil foreslå en sterkere forpliktelse til å initiere samarbeid fra spesialisthelsetjenestens side, da det ofte er i overgangen fra behandling i spesialisthelsetjenesten til kommunal oppfølging svikten i samarbeidet skjer. Spesialisthelsetjenestens definisjonsmakt er stor, derfor er det viktig å påpeke et økt ansvar for å tenke helhetlig på behandling og oppfølging i denne delen av behandlingskjeden.

I forhold til informasjonsflyt mellom tjenester både mellom ulike nivåer og samme nivå, ser vi at for svært mange pasientgrupper er viktig med god informasjonsutveksling. Samtidig er vi opptatt av at pasienter skal være trygge i møte med samfunnets systemer. Noe informasjonsdeling er nødvendig for å sikre god behandling og samhandling, annen informasjon bør være begrenset til det enkelte behandlingssted. Vi må kunne skille nivåer i dette, og arbeide for å finne gode løsninger gjennom de mulighetene elektronisk journalføring faktisk gir for å regulere tilgang. Selvsagt kunne det være et ideal at vi alle tenkte at åpenhet om for eksempel psykisk helse er helt naturlig, men slik er det ikke, og det kan ha store konsekvenser å ha fått en diagnose både innen somatisk og psykisk helse for å tegne livsforsikring, i barnefordelingssaker o.a. Vi kan spørre oss selv: Hva slags opplysninger om meg selv ønsker jeg skal spres til hvem? Dersom brukermedvirkning skal ha noen betydning, bør dette også gjelde i forhold til retten til å kontrollere spredning av informasjon om behandling. I dette spørsmålet er det svært nødvendig at vi har brukermedvirkning som hovedfokus – og det kan være at pasientens beste ikke alltid samsvarer med våre opplevde behov for samhandling.

Norsk Psykologforening støtter utvalgets forslag om forpliktende veiledningsavtaler mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Vi er enige i at samhandlingskompetanse bør inn som en viktig del av utdanning, videreutdanning og spesialisering av helsepersonell.

I forslaget om at det skal stilles krav til deltagelse i ambulant virksomhet for å bli godkjent spesialist i geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin, vil vi tilføye ”spesialist i klinisk psykologi”.


Kap. 10.4 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Det er spennende at utvalget går så langt i å diskutere og sette spørsmålstegn ved både økonomiske og organisatoriske rammebetingelser for helse-Norge. Det er sannsynlig at nettopp ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste skaper kløfter som det er vanskelig å rette opp med små justeringer. Det blir snakk om ad-hoc-løsninger heller enn grunnleggende endringer som kan løse opp i uhensiktsmessige strukturer. En åpning for å prøve ut andre ordninger støttes. Det er mulig at vi bør tenke ulikt i forskjellige deler av landet, for å skape hensiktsmessige løsninger til befolkningens beste.

Kap 11.2 I forslag til lovendring i forskrift om pasientansvarlig lege §4, foreslår vi at det endres til "Pasientansvarlig lege eller psykolog"

Med vennlig hilsen
Norsk Psykologforening


An-Magritt Aanonsen
President


Anders Skuterud
fagsjef