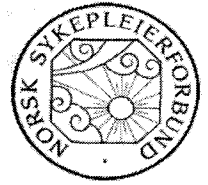


Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 132
Arkivkode: 500	Journ.dato 7/6-05
Avd.: KIA	Saksbeh.: EV
U.off.:	



Helse- og omsorgsdepartementet

Boks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår dato: 06.06.2005

Vår ref.: 2005/00414

Deres ref.: 200500444

Medlemsnr.:

Vår saksbehandler: Åsne Grønvold

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

Vi viser til høringsbrevet av 1. mars 2005 der det bes om tilbakemelding på NOU 2005:3. Det bes om generelle synspunkter på vurderinger og forslag til tiltak, samt om kommentarer på 3 hovedområder:

### 1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

- Hvordan rammebetingelsene for tjenestene påvirker styrkeforholdet mellom tjenestenivåene og tiltakene som foreslås for å kompensere for dette. En vil også ha andre forslag med tilsvarende formål.
- Forslaget om sameie mellom kommuner og helseforetak, jf. Kap. 10.4.2.

### 2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

- Forslag til/eksempler på hvordan reell brukermedvirkning sikres på systemnivå, spesielt i små kommuner, jf. kap. 10.2.1
- Synspunkter på hvordan individuell plan kan fungere på en bedre måte i samhandlings-sammenheng, og eksempler på dette, jf. kap. 10.2.2.
- Forslaget om å utvide pasientombudsordningen til også å gjelde tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, jf. kap. 10.2.5.

### 3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

- På hvilken måte utvalgets forslag om behov for funksjons- og kvalitetskrav overfor fastlegene kan ivaretas, og eventuelle eksempler på dette, jf. kap. 10.3.1.
- Synspunkter på forslaget om å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå en mer helhetlig pasientbehandling, jf. kap. 10.3.3.

## 1. Generelle kommentarer

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har i flere år hatt fokus på problemene mange pasienter opplever i møte med en oppstykket helsetjeneste. Vår erfaring er at de pasientene som mest trenger en

sammenhengende helsetjeneste ofte rammes sterkest. Vi har også erfart at det ikke finnes enkle løsninger.

Vi synes derfor det er positivt at utvalget har hatt en bred tilnærming. Det har hatt dialog både med pasient- og brukerorganisasjoner, praktikere og forskere, og har vært åpne for innspill.

Utvalgets mandat har vært bundet i den forstand at det ikke skulle gå ut over den grunnstrukturen som ligger i dagens oppgavedeling og ansvarsforhold. Om dagens hovedstruktur er hensiktsmessig, må blant annet ses i lys av hvordan helseforetaksreformen utvikler seg i samspill med kommunenes muligheter til å løse sine oppgaver. Det er derfor viktig at evalueringen av sykehusreformen ser på konsekvenser for samhandling, og for de pasientgrupper som samhandlingsutvalget har fokusert på.

Generelt synes vi at utvalget gir en dekkende beskrivelse. Vi har imidlertid noen utfyllende synspunkter på hvor fokus bør være for å sikre forbedring i praksis. Videre savner vi nærmere omtale av helsetjenestetilbud for barn- og unge. I punkt 4 tar vi opp helsestasjons- og skolehelsetjeneste, samt fødselsomsorgen. Vi fremmer forslag om henvisningsordning for jordmødre og helsesøstre.

I punkt 3 kommenterer vi noen av utvalgets konkrete forslag.

## **2. Noen utfyllende kommentarer og forslag til hvor fokus bør være**

### **2.1. Pleie- og omsorgssektoren må vektlegges mer som samhandlingsakse**

KS sin rapport "Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill" (2004), viser utviklingstrekkene i pleie- og omsorgstjenesten:

- Antall yngre brukere (under 67 år) har økt sterkt. Samtidig er intensiteten økt betydelig for alle brukere av hjemmetjenestene. Yngre brukere i omsorgsboliger mottar i dag tjenester tilsvarende 1,3 årsverk pr. bruker.
- Flere svært gamle med multiple diagnoser, flere med generelt dårlig funksjonsnivå og flere demente.
- Flere kreftpasienter.
- Mer ansvar for døende pasienter (terminalpasienter).
- Flere pasienter som krever sykepleiefaglig spesialkompetanse.
- Flere sykepleiefaglige oppgaver som følge av at mange pasienter i mindre grad er ferdig behandlet når de skrives ut. Det krever en tettere oppfølging den første tiden etter utskrivning. Inkluderer både yngre og eldre pasienter.
- Økende omfang av pasienter som krever håndtering av medisinsktekniske prosedyrer.
- Flere psykisk utviklingshemmede, handikappede, brukere med psykiske lidelser, flere rusbrukere - gjerne med dobbeltdiagnoser.

Det er flere pasienter som krever sykepleiefaglig spesialkompetanse. Behovet for sykepleierkompetanse har vært og er økende. Ressurser til å bygge opp den faglige kompetansen er det største problemet.

Kortere liggetid i sykehusene skaper utfordringer for kommunene. Mange av samarbeidstiltakene synes i større grad å involvere sykepleiere enn leger:

- Det er flere sykepleiefaglige oppgaver som krever en tettere oppfølging den første tiden etter utskrivning. Det gjelder både yngre og eldre pasienter.
- Det er økende omfang av pasienter som krever håndtering av medisinsktekniske prosedyrer:

- Intravenøs ernæring
- Intravenøs væskebehandling
- Intravenøs antibiotikabehandling
- Respiratorpasienter
- Smertebehandling med blant annet smertepumper
- Sondeernæring

Utvalget omtaler fastlegeordningen grundig. Ensidig fokus på pasientansvaret som ligger til fastlegen, er lite praktisk i mange sammenhenger. Utvalgets forslag reflekterer ikke det faktum som utvalget selv beskriver, at fastlegene ofte har ”skrevet seg ut” fra slikt samarbeid, for eksempel å være med på utarbeiding av individuell plan.

Pasienter som trenger tjenester fra flere nivåer har ofte mest løpende kontakt med andre tjenesteutøvere i kommunen. Det kan være hjemmesykepleien, hjemmetjenesten, for andre kan det være avlastningshjemmet eller pedagogisk-psykologisk tjeneste. Fastlegen vil være nødvendig som konsulent og for enkelte vurderinger/behandling/henvisning. Men hovedsamarbeidsaksen kan like gjerne være mellom sykehus og hjemmesykepleie, eller mellom DPS og PP-tjeneste.

**Det er et store volum av tjenester i og inn mot pleie- og omsorgssektoren. Med det som utgangspunkt mener vi at en ikke vil greie å håndtere samhandlingsutfordringene i praksis dersom en ikke tilrettelegger for samhandling rundt denne viktige arenaen.**

## 2.2. Kapasitetsproblemer og samhandling

Utvalget beskriver den demografiske utviklingen, utviklingen i behandlingsmuligheter, og overføring av ansvar. Samlet sett stemmer dette godt med det sykepleiere opplever i praksis. NSF har ved mange anledninger påpekt problemer både med kvalitet og kapasitet, særlig i kommunale helse- og pleie- og omsorgstjenester.

Utvalget er bekymret for deler av utviklingen og stiller spørsmål ved om ikke norske sykehus nærmer seg en forsvarlighetsgrense (kap. 7.3.2. Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten). Det stilles spørsmål ved om eldre pasienter som er definert som utskrivningsklare, faktisk er tilstrekkelig utredet, behandlet og/eller rehabilitert. Utvalget peker samtidig på at det ser ut som om mange kommuner faktisk har hentet ut mye av en tilsiktet effektiviseringsgevinst i eldreomsorgen. Med fremtidig vekst i eldrebefolkningen og antatt økning i andre behov, er derfor kommunene avhengig av forsvarlig utvikling av sine økonomiske rammer.

Ut fra de tilbakemeldinger vi får fra mange sykepleiere, synes vi dette er en nøktern fremstilling av situasjonen. Noen problemstillinger kan en ikke samhandle seg ut av. Eksempler kan være spesialisthelsetjenestens kapasitet innen geriatri eller behandlingstilbud innen barne- og ungdomspsykiatrien. I kommunene er det ofte for få tilpassede plasser for demente og alt for mange med psykiske lidelser får ikke rehabilitering og nødvendig daglig oppfølging. Denne kapasiteten finnes ikke ”ledig” noe sted. Slike kapasitetsproblemer er et reelt problem som både medfører manglende behandling og problemer i samhandling. Pasienter og pårørende kommer i fortvilende situasjoner, og yrkesutøverne må prioritere og presse ut over det de synes er godt faglig skjønnt.

Mer omsorg i eget hjem kan gi mange et svært godt tilbud. Erfaring viser at det er lett å undervurdere behovene enkeltmennesker har i denne situasjonen. Mange mennesker med psykisk sykdom blir for eksempel gående hjemme med stort forfall rundt seg fordi det ikke settes inn nok ressurser til praktisk bistand. Bekymringen og nederlaget rundt dette fører lett til forverring. Tilsvarende vet vi at mange syke vil ha vanskeligheter med å få i seg nok væske. En så ”enkel” ting kan kreve mye tid og oppfølging. Manglende væskeinntak kan raskt føre til forvirringstilstander som feilaktig og fatalt løses med medikamenter eller i ”beste” fall en unødvendig sykehusinnleggelse.

Samlet sett er vårt klare inntrykk at kommunene ikke har nok ressurser til å løse oppgavene på en tilfredsstillende måte.

**For lav kapasitet og mangel på ressurser fører lett til samhandlingsproblemer. Et nødvendig tiltak er derfor å ha riktig nivå på kapasiteten på de områdene samhandlingsproblemene er store.**

### **3. Kommentarer til enkelte konkrete forslag og vurderinger.**

#### 3.1. Styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene – nasjonal avtaleordning

Det er etter vår oppfatning ofte en styrkeforskjell mellom de to forvaltningsnivåene. Spesialisthelsetjenesten vil ofte fremstå som den dominerende part. Både ressurser og styringsforhold har betydning.

Spesialisthelsetjenesten har en sterk samling av fagpersonell og administrasjoner på alle nivå. Den kan derfor framstå som godt rustet i de fleste saker.

Kommunene er mer uensartede. Alle har det samme ansvar for å yte tjenester til innbyggerne, men forutsetninger, utformingen og innhold i tjenestene kan variere mye. Over halvparten av kommunene har mindre enn 5 000 innbyggere, og 12 kommuner som har over 50 000 innbyggere. Det er derfor vanskelig å snakke om den typiske norske kommune. Men en kommune med 3000 innbyggere har nødvendigvis begrenset helsefaglig, administrativ kapasitet. I samarbeid med helseforetak kan det lett bli et misforhold i hvem som har styrende kraft. Styringen med helsefaglige spørsmål i kommunene kan framstå som utydelig. Kommunal samordning inn mot "sitt" helseforetak er så vidt vi kjenner til, lite systematisk utviklet.

- Vi tror et landsdekkende avtaleopplegg mellom KS og de regionale helseforetakene kan være en god start på bedre lokal samhandling om helsetjenester.

#### 3.2. Sameie av tjenestearnaer mellom kommuner og helseforetak

Vi er usikre på hvilke forhold som tilsier at det er nødvendig eller mer formålstjenlig å eie utførende enheter sammen enn de muligheter som dagens avtaleordninger gir. Det finnes som utvalget selv nevner, flere eksempler på at avtaler fungerer. På den annen side kan utprøving gi nyttige erfaringer.

- Vi støtter derfor utvalgets forslag om å gi mulighet for slik ordning på forsøksbasis for å vinne erfaring.

#### 3.3. Forsøk med etablering av samlet ansvar for hele helsetjenesten

NSF mener i utgangspunktet at helsetjenesten i langt større grad enn i dag bør drives ut fra primærhelsetjenestens premisser. I det perspektivet vil det være fornuftig å åpne for forsøk hvor kommunene overtar "sørge-for-ansvaret" som regionale helseforetak nå har. Vi er imidlertid skeptiske til å starte med slike forsøk nå. For det første er helseforetaksreformen under evaluering og resultatene skal legges fram for Stortinget ved budsjettframlegget for 2007. Dessuten pågår det stort arbeid med å få budsjetter i balanse i helseforetakene. Både arbeidsdeling/funksjonsfordeling og strukturer er i endring. Tilbakemeldinger fra tillitsvalgte er at det er stor slitasje ute. Det er et sterkt ønske om forutsigbarhet, slik at en kan konsentrere seg om å "gjøre jobben".

- Vi vil derfor anbefale at slike forsøk ses i sammenheng med evaluering av sykehusreformen, slik at en da eventuelt kan få en samlet vurdering av eventuelle kursjusteringer eller reformbehov.

### 3.4. Endringer i takst- og refusjonssystem

Utvalget mener det er indikasjoner på at dagens finansieringsordninger har negative konsekvenser for de pasientgruppene de har hatt fokus på. Det foreslår blant annet å fjerne insentiver til oppstykkning av pasientforløp, og sier at finansiering av veiledning og ambulant virksomhet må vurderes.

- Dette er vurderinger som NSF støtter. Vi vil særlig peke på at det ligger et stort potensiale i mer ambulant virksomhet og opplæring. I den grad en skal ha mer stykkprising av noen tiltak, bør det nettopp vær slike tiltak. Vi ha mange eksempler på at fornuftig utadrettet og samarbeidsrettet aktivitet ikke prioriteres med begrunnelse at ”det er ikke finansiert” – og da i betydning ikke direkte finansiert.

### 3.5. Ansvar for individuell plan

Det er positivt at utvalget vil ha håndtering av individuell plan inn i kvalitetsystemene. Vi tror videre det er fornuftig å legge hovedansvaret til primærhelsetjenesten. Der bør være den tjenesteinstans som har mest virkemidler overfor den aktuelle person som har ansvar for planen. Det bør ha konsekvenser å ikke oppfylle ansvaret.

### 3.6. Tilsyn med helsetjenester

- NSF støtter at tilsyn med helsetjenester er samlet hos Helsetilsynet. Det er særlig hensynet til samhandlingsproblemene som tilsier en videreføring av denne organiseringen.

### 3.7. Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Forslagene om å prioritere ressurser til forskning rettet mot samhandlingsområdet og aktuelle pasientgrupper støttes. Likeens er det viktig å få mer kunnskap om dette inn i utdanningene.

Hospiteringsordninger må brukes mer, og vi ser det som en selvfølge at det omfatter sykepleiere og annet helsepersonell. Hospiteringsordningene må være gjensidige. Personell i spesialisthelsetjenesten må ha kunnskap om driften og mulighetene i kommunene. Selv om spesialisthelsetjenesten forutsettes å være i kunnskapsfronten, har primærhelsetjenesten kompetanse som er like spesialisert. Anerkjennelse av hverandres muligheter og begrensninger er en viktig forutsetning for god samhandling i praksis.

Det må generelt settes av mer midler til kompetanseheving. Et konkret eksempel er midler til spesialutdanning i geriatri for sykepleiere. Det blir viktig å opprettholde driften av kliniske fagstiger som spesialisthelsetjenesten til nå har svært gode erfaringer med. Å etablere fagutviklingstiltak knyttet til praksis viser seg å rekruttere og beholde kompetente sykepleiere, samtidig som virksomhetene utvikler en spesialkompetanse til det beste for pasientene. Det bør settes av ressurser slik at kommunehelsetjenesten kan etablere tilsvarende ordninger. NSF er glad for at undervisningssykehjemmene har fått videre finansiering, og er vel etablerte. Det er også gledelig at flere sykehjem nå skal kvalifiserer seg. Det blir, slik vi ser det, ekstra viktig i det videre arbeidet å påse at det er tilstrekkelig ressurser til å få resultatene av den fagutviklingen og forskningen som finner sted, kjent for, spredt og i bruk i praksis.

NSF mener at praksiskonsulentordningen er et godt tiltak hva gjelder å koordinere tjenestene til pasientene mellom tjenestenivåene. Vi vil imidlertid oppfordre til at disse stillingene også kan bemannes med andre yrkesgrupper enn legene. Sykepleierne har daglig et helhetlig ansvar for pasientene og lang erfaring med koordinering av tjenester for pasienter med langvarige og sammensatte behov. Å tre inn i praksiskoordinator funksjoner bør derved være en naturlig posisjon, også for sykepleiere.

Når det gjelder lederne, som viktige premissleverandører for utvikling og som kvalitetssikrere av tjenestene, er det behov for særlige tiltak. Flere forskningsmiljøer, fagmiljøer og organisasjoner (blant annet KS) påpeker behovet for kompetanseutvikling for ledere. NSF støtter dette og ønsker at det i langt større grad enn i dag legges til rette for fagutviklings- og kompetanseutviklingstiltak rettet mot ledere i kommunchelsetjenesten, gjennom systematisk nettverksbygging, tilbud om etter- og videreutdanning, kollegaveiledning/mentorordninger og lignende.

Andre enkle og praktiske tiltak som burde være en selvfølge, er å invitere hverandre til seminarer og kurs.

### 3.8. IKT og samhandling

Det henvises og trekkes frem vesentlig områder fra S@mspill 2007-strategien. Intensjonen med Kommuneprogrammet i S@mspill strategien er i større grad å fokusere på informasjonsflyten og behovet for elektronisk samhandling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Etter vår mening kommer ikke dette godt nok frem i utvalgets beskrivelse og forslag. Fokus er i hovedsak på elektronisk samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegen. Etter NSF sitt syn er dette et for begrenset fokus som ikke godt nok speiler kompleksiteten og behovet for elektronisk kommunikasjon for å understøtte helhetlige pasientforløp. Nyere prosjekter og dokumentasjon viser at det er i pasientens hjem det vil være størst gevinster ved å nyttiggjøre IKT i forbindelse med rehabilitering og oppfølging av eldre mennesker med kroniske sykdommer. Hjemmesykepleiere har behov for tilgang på informasjon og kompetanse der pasienten er. Det er ved bruk av IKT i pasientens hjem nyttiggjøring av teknologien vil kunne gi de største gevinstene fremover. I denne sammenhengen vil vi spesielt vise til to dokumenterte studier som nylig ble lagt fram ved EU ehealth ministerkonferanse i Tromsø:

- 1) *Facing the challenge of the new healthcare landscape: Integrated care and information technologies*, J. Roca, Coordination of the Chronic Care Program at the Hospital Clinic, University of Barcelona
- 2) *E-health networked services: empowering elderly and chronic patients, increasing output of the health and social care system and improving productivity*, T. Vontetsianos, e-health Unit, "Sotiria" Chest Diseases General Hospital of Athens

Disse prosjektene dokumenterer bedre klinisk resultat, økt egenomsorg og livskvalitet, samt økonomiske besparelser og bedre samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. (riktig levering av helsetjeneste på riktig sted og av riktig helsepersonell, reduksjon av legevaktshjelp, reinnleggelser, sykehusinnleggelser og bruk av kommunchelsetjenester, økt fokus på forebyggende helsearbeid, mulighet til å utveksle/dele klinisk pasientinformasjon mellom helsepersonell over store geografiske avstander, lettere tilgang til hensiktsmessig helsetjeneste til riktig tid).

NSF bidrag til gjennomføring av Kommuneprogrammet er ELIN-k- prosjektet. Hovedmålsettingen er å understøtte helhetlige pasientforløp. Prosjektet har som mål å utvikle sykepleiefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk innformasjonsutveksling mellom pleie- og omsorgssektoren i kommunene, spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Videre skal disse bli implementert i de ulike elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ) som er i bruk.

## **4. Andre tema**

### 4.1. Svangerskaps- og fødselsomsorg

Fremtidens svangerskaps- og fødselsomsorg utvikles blant annet gjennom større grad av differensiering og desentralisering med en god seleksjon og høy faglig standard. For å kvalitetssikre fremtidens fødselsomsorg må jordmødre ha henvisningsrett.

Sosialkomiteen har i forbindelse med behandlingen av St. meld. nr. 43 (1999-2000) ”Om akuttmedisinsk beredskap”, understreket betydningen av kvalifisert følgetjeneste, og har ment at fødende med over en times reisetid skal sikres forsvarlig følgetjeneste av jordmor. For å gjennomføre en faglig forsvarlig og fremtidsrettet fødselsomsorg i kommunehelsetjenesten må ressursbehovet vurderes, jf. jordmødres plikt til å yte øyeblikkelig hjelp 24 timer i døgnet.

#### 4.2. Barn- og unge

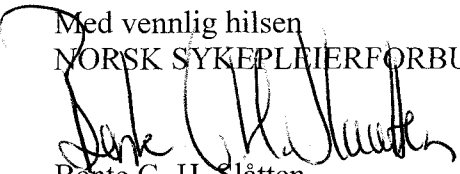
Helsestasjon og skolehelsetjeneste er viktige arenaer for å oppdage, henvise og følge opp barn og unge. Vi savner derfor at disse tjenestene blir nevnt som egne tjenester under pkt 3.2.2. Kommunehelsetjenesten.

Helsestasjonene er ofte den instans i kommunehelsetjenesten som foreldre først henvender seg til hvis de er bekymret for at det er noe med barnet deres. De fleste foreldre tar selv initiativ for å få hjelp. Slik det legges opp til i dag, er det et paradoks at foreldre må via sin fastlege for å få barnet henvist til spesialist. Dette både forsinker og fordyrer tjenesten.

For å legge opp til et nærmere og mer forpliktende samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten, må man sikre at henvisningsrutinene fungerer godt. Det er, etter vår mening, helt unødvendig at et barn som kan henvises fra helsestasjon eller skolehelsetjeneste må via en fastlege for å få en henvisning til spesialist.

Det er viktig at helsestasjonene, som ofte har det reelle koordineringsansvaret for barn med spesielle behov, gis informasjon om barnet fra spesialisthelsetjenesten. Slik det er i dag gis slik informasjon bare til fastlegene. Det er et klart behov for at helsestasjonene gis informasjon om et barn ved utskrivning fra sykehus på lik linje med fastlegen. Skal den kommunale innsatsen rundt et barn koordineres, er det viktig at den reelle koordineringsinstansen gis denne informasjonen.

Med vennlig hilsen  
NORSK SYKEPLIIFORBUND



Bente G. H. Slåtten  
Forbundsleder