

Helse- og omsorgsdepartementet
v/prosjektdirektør Are Helseth
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Bærum mai 2006

Innspill til Nasjonal helseplan (2007-2010)

Venner av Bærum Sykehus (VBS) er en aktiv og engasjert venneforening med 5000 medlemmer fra Asker og Bærum. Vi har i ulike sammenhenger markert oss gjennom aksjoner og tiltak med sikte på å bidra til beste for pasienter og pårørende, og til videreutdanning av personell ved Bærum sykehus.

Selv om vi ikke hører med blant de inviterte til å mene noe om utarbeidelsen av Nasjonal helseplan, brenner vi på vegne av pasientene, for å gi noen signaler til de høringsmøter som nå finner sted, om hva som rører seg på grunnplanet.

Iflg. HOD's brev til fylkeskommunene og KS vil "Nasjonal helseplan ha som mål å sikre helheten i utviklingen av **spesialisthelsetjenesten**". Likevel henvises det der til å ta opp "supplerende temaer, eksempelvis samhandling mellom spesialist- og primær-helsetjenesten." **Samhandlingsaspektet** uttrykkes spesielt som helsetjenestens **største fremtidige utfordring** i både Muusman-rapporten og Wisløff-rapporten, og HOD har også i flg. Pressemelding Nr. 68, nedsatt en arbeidsgruppe i etterkant av Wisløff-rapporten, med dette formål. Det kan derfor ikke være tvil om at dette området som har meget uklare forskrifter og retningslinjer for oppgave- og ansvarfordeling, må få en **forpliktende** plass i Nasjonal helseplan og at det må utløse friske penger i Statsbudsjettet, til videreutvikling av området, jfr. nedenfor. VBS vil i første rekke kommentere samhandlingsaspektet.

Pasientperspektivet

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, forventer å bli gjort kjent med hva som skal/bør skje i et behandlings- og omsorgsopplegg. Det samme gjelder for pårørende. Ingen av dem er slik sett ikke spesielt opptatt av hvem som har "sørge for"-ansvaret.

- ❖ **Individuell plan** som er en lovfestet rettighet, synes å være et utmerket tiltak i denne sammenheng. Den er imidlertid lite kjent så vel blant folk flest som hos helsepersonell. For at "individuell plan" skal fungere, må det gjøres helt klart *hvor ansvaret for utarbeidelse skal ligge*. Slik vi ser det, *må kommunen være ansvarlig* for arbeidet med å initiere individuell plan. Spesialisthelsetjenesten og evt. andre helseinstanser må være samarbeidspartnere og ha *plikt til å medvirke*. En *informasjons-strategi* om denne rettigheten slik det i en viss utstrekning er blitt gjort med "fritt sykehusvalg" trenges. Videre må "individuell plan" inngå som en del av *kvalitetssystemene* hos tjenesteyterne. Vi tror at det vil gi press på de som har ansvar/plikt for å medvirke til at individuell plan blir et trygt og tiltrengt gode for den det angår.
- ❖ Ordningen med **pasientansvarlig lege** i helseforetaket er også en viktig ordning for å ivareta interessene til pasienter og pårørende. Her gjelder det primært pasienter med multidiagnoser og langvarige sykdomsperioder (svingdørspasienter), der de eldre er overrepresentert. Siden det har vist seg vanskelig å få ordningen til å fungere i

sykehussystemet, mener vi at ordningen kan avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester.

- ❖ **Pasientopplæring** er et viktig område for pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemming. Det må satses mer på *lærings-og mestringssentre og tilbudene deres.*

Samhandlingen mellom tjenesteutøverne

Tjenesteutøverne utover det tradisjonelle sykehusnivået, er mange. De har ulik karakter og skal dekke ulike behov med ulik kompetanse . Definisjoner, ansvar og oppgavedeling, samt finansiering er sentrale og kompliserende faktorer i samhandlingsproblematikken.


- ❖ Etter at finansieringen av tidsavgrenset opptrening/rehabilitering i institusjon ble overført til helseforetakene, burde det ligge i kortene at denne tjenesten *helt og holdent bør være under forvaltning av helseforetakene.* Det må klart kunne defineres som *etterbehandling* på lavere nivå enn sykehuset. Det må føre til kortere bruk av kostbare sykehussenger, samt at tilbudet oppleves som bedre og funksjonelt bra for pasientene.
- ❖ Når det gjelder **andre** samhandlingstyper kan bare *forpliktende avtaler mellom kommune og helseforetak* ivareta pasientenes behov. Vi vil spesielt nevne at det for å bedre legetjenestene ved sykehjemmene og andre offentlige legetjenester innen kommunen, vil det være behov for å *utnytte de inntil 7,5 time pr.uke som fastlegeavtalene gir mulighet for.* Det synes å være behov for at *fastlegens ansvar* må bli tydeligere og mer forpliktende innenfor samhandlingsaspektet.

Organisering og økonomi

Vi ser at det kan være vanskelig å sette opp klare og entydige sentrale rammer for organisering av "gråsonen" mellom nivåene. Det kommer bl.a. av ulikheter mellom kommuner, antall kommuner "tilhørende" helseforetaket m.m. Vi tror det er viktig slik Wisløff-rapporten anbefaler, å *initiere ulike typer samhandlingsprosjekter tilpasset lokale forhold.* Det vil kunne gi erfaring og dokumentasjon som grunnlag for nødvendig utredning om mer forpliktende og ansvarliggjort samhandling, evt. en ny reform. For å få til dette *må det bevilges friske midler som delfinansiering til slike pilotprosjekter.* Wisløff-rapporten anbefaler dette med et forslag på *1 mrd. kroner*, hvilket vi går ut fra er et godt stipulert og fundert beløp, som vi støtter.

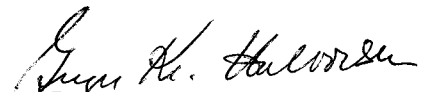
Vi forventer at Nasjonal helseplan og stasbudsjettet for 2007 vil omfatte **samhandlingsaspektet som et særlig satsingsområde.**

Bærum, mai 2006
For Venner av Bærum Sykehus



Sonja Stenmarck (leder)

Inger-Karin Humborstad (sign.)



Inger Kr. Halvorsen

Kopi sendt til Akershus fylkeskommune
Kommunenes sentralforbund
Asker og Bærum kommune v/ordfører