

Nasjonal helseplan  
Postboks. 8011 Dep.

0030 Oslo

Oslo 23.6.2006

## Innspill til Nasjonal Helseplan 2006

I forbindelse med at Nasjonal helseplan er sendt ut på høring ønsker undertegnede å komme med noen innspill ut fra at jeg har ledet handlingsplanarbeide i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten mot 2015 ”...og bedre skal det bli”. Arbeidsgruppen ”Styrke brukeren” er nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet for å konkrete og videreutvikle Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten i planperioden. Prosjektgruppen for Nasjonal Helseplan er kjent med arbeidet.

Undertegnede leder arbeidsgruppen Styrk brukeren av helse- og sosialtjenestene. I arbeidet med Nasjonal helseplan synes det riktig å framheve noen av de tiltak vi foreslår:

### **Arbeidsgruppen har følgende medlemmer:**

Leder Mette Kalve, direktør N.K.S. Kløverinstitusjoner A.S  
Sigrun Heskestad, rådgiver i psykisk helsearbeid Fylkesmannen i Rogaland  
Wenche Jensen, seniorrådgiver Norsk sykepleierforbund  
Olav Kasland, generalsekretær Mental Helse, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon  
Hege Widerberg, programmedarbeider Voksne for Barn  
Attia Mirza, rådgiver Mira-senteret  
Trond J Olsen, nestleder Velferdsalliansen  
Kjell Skar, nestleder Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon  
Astrid Toft, rådgiver KS  
Seniorrådgiver Kari Guttormsen og seniorrådgiver Lena Hagberg i Sosial- og helsedirektoratet har vært arbeidsgruppens sekretærer

Utvalget har foreslått 4 strategier og 14 tiltak som vi håper vil virke inspirerende, samlende og avklarende for tjenesteutøverne og skape forutsigbarhet og økt tjenestekvalitet for brukerne.

### **Strategi 1: God service og tilgjengelighet i tjenestene**

#### **Arbeidsgruppen anbefaler:**

- At virksomhetene tilbyr sine ansatte etterutdanning i brukermedvirkning, med tid til refleksjon om egen organisasjonskultur og yrkesutøvelse.
- At det rekrutteres personale med variert utdanning og erfaring med sikte på bedre service.
- At det etableres en tilskuddsordning for virksomheter som ansetter brukere.
- At tilgjengeligheten til tjenestene økes ved utvidet åpningstid og universelt utformede lokaler.

## **Strategi 2: Myndiggjøring av brukeren**

### **Arbeidsgruppen anbefaler:**

- At retten til brukermedvirkning lovfestes for alle brukere av sosial- og helsetjenester, uavhengig av tjenesteyter.
- At alle konsultasjoner innledes med en rettighetssamtale.
- At brukeren gis anledning til å skrive inn opplysninger og kommentarer i egen journal og epikrise.
- At det avsettes forsknings- og utviklingsmidler til utvikling av metoder og verktøy som fremmer brukermedvirkning.
- At det etableres brukerdrevne rettighetssentre.

## **Strategi 3: Sterke brukerorganisasjoner**

### **Arbeidsgruppen anbefaler:**

- At brukerorganisasjonene gis tilstrekkelige økonomiske og organisatoriske rammebetingelser
- At brukerrepresentantene får dekket sine utgifter i forbindelse med oppdrag for stat og kommune.

## **Strategi 4: Større krav til brukermedvirkning i tjenestene**

### **Arbeidsgruppen anbefaler:**

- At det innføres en aktivitets- og redegjørelsesplikt for brukermedvirkning i sosial- og helsetjenesten.
- At brukerundersøkelser utvikles, analyseres og følges opp i samarbeid med brukere.
- At alle brukere av sosial- og helsetjenester som ønsker det, tilbys individuell plan.

Arbeidsgruppen har hatt følgende ledertråd for sitt arbeid:

**Ville jeg ha godtatt denne handlingen for meg selv, eller en av mine nærmeste?**

I handlingsplanen likestilles alle brukere av sosial- og helsetjenester, uavhengig av årsak og varighet. Pårørende og nærstående personer omfattes av planens brukerbegrep.

Arbeidsgruppens ambisjon er å utvikle en handlingsplan som bidrar til at lovfestede rettigheter og anerkjent kunnskap om betydningen av brukermedvirkning omsettes til praktisk handling. Vi foreslår 4 strategier og 14 tiltak for å styrke brukerens posisjon i møtet med tjenesteapparatet..

Jeg håper arbeidsgruppen for Nasjonal Helseplan leser denne handlingsplanen og innpasser tiltakene i Nasjonal Helseplan.

I dette notatet leder jeg oppmerksomheten på **enkelte tiltak** som kan passe inn i den tenkningen som er formidlet i Høringsnotatet fra 22. mai 2006.

Dette notatet gir derfor ikke et godt nok bilde av hele handlingsplanen. Det er flere viktige tiltak i handlingsplanen som ikke er tatt med i dette notatet.

Handlingsplanen er enda ikke offentliggjort. Planen er trykket som et selvstendig dokument men skal i tillegg innpasses i en helhetlig Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten.

## **Strategi 1: God service og tilgjengelighet i tjenestene**

### **Brukermedvirkning er først og fremst et lederansvar**

En viktig forutsetning for brukermidvirkning er at brukerkunnskapen - brukerens kjennskap til seg selv, sitt liv, sine ønsker og behov - verdsettes av tjenesteapparatet og likestilles med fagkunnskap. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hennes sykdom eller problem.

**Organisering** Arbeidet med å skape en kultur i sosial- og helsetjenestene som ivaretar brukermidvirkning må forankres i virksomhetsledelsen, i ledelsesfilosofien og virksomhetsplanene, og stimuleres av sentrale myndigheter gjennom føringer og krav i lover og budsjetter. Brukermedvirkning forutsetter bruk av systematiske metoder og verktøy som integrerer fagkunnskap med brukerens erfaringer og preferanser slik at tiltakene eller behandlingen optimaliseres for den enkelte bruker. Ledelsen har ansvar for at virksomheten organiseres og utøves slik at den ivaretar brukerperspektivet på en tilfredsstillende måte.

### **Enkle tiltak som gir bedre service og informasjon**

God tilgang til sosial- helsetjenester skaper trygghet og tillit i befolkningen. Bruk av ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi som internett, e-post og sms kan bedre servicen, effektiviteten og fleksibiliteten i tjenestene.

**Nett-tjenester** Flere og flere søker på nettet for å finne informasjon om sykdom, behandlingsformer eller pasientrettigheter. Svært mange benytter internett som kommunikasjonskanal for å få råd fra sosial- og helsepersonell eller for å utveksle erfaringer med andre brukere i samme situasjon. Mange brukere benytter en kombinasjon av flere kommunikasjons- og informasjonskanaler. De søker etter informasjon på nettet eller i bøker som forberedelse til samtalen hos legen eller saksbehandleren. Nettets styrke er at informasjonen er tilgjengelig når brukeren trenger den. Nett-tjenestene er, i motsetning til lege- og sosialkontorene, åpne 24 timer i døgnet. Det finnes i dag en rekke nettsider som inneholder oppdatert og relevant brukerinformatjon. Flere nettsider er utviklet og tilrettelagt for spesielle grupper.

**”En maskin å betro seg til**

**Er det bedre å snakke med en maskin enn en person? Ja, mener tidligere kreftsyke Bente Wang. ”Det er lettere å være åpen og ærlig mot en maskin enn en lege med dårlig tid.”” Helseaktuelt**

## **Strategi 2: Myndiggjøring av brukeren**

Norsk lovgivning gir brukere av sosial- og helsetjenester rettigheter i forhold informasjon og medbestemmelse. Rettighetene varierer avhengig av tjenesteområde, og er svakere i sosialtjenesten enn i helsetjenesten. Retten til brukermidvirkningen må gjelde alle brukere uavhengig av tjenesteyter. Så lenge brukere av sosial- og helsetjenestene opplever å ikke få innfridd rettigheter, eller blir dårlig behandlet av tjenesteapparatet, er det behov for tiltak som ivaretar brukerens situasjon spesielt.

## **Rettighetssamtale**

Arbeidsgruppen anbefaler at alle nye konsultasjoner innledes med en rettighetssamtale. En rettighetssamtale er en samtale hvor utøver med et alminnelig språk informerer brukeren om hennes rettigheter og inviterer brukeren til å være med å vurdere egnede tiltak for å bedre den aktuelle situasjonen. Samtalen tilpasses brukerens tilstand, og gjentas ved behov. Samtalen avsluttes med at brukeren mottar en skriftlig seddel som gjengir brukerens rettigheter, stadfester avtalte tiltak og oppfølgingsmøter. Seddelen skal gi opplysninger om kontaktpersoner og relevante institusjoner, samt henvisning til annen aktuell informasjon som f. eks nettsted. Det må, i samarbeid med representanter for brukerne, utarbeides en elektronisk standardseddel som skal benyttes og ajourføres av bruker eller utøver underveis og ved nye konsultasjoner.

## **Brukerbasert pasientjournal og egenkartlegging**

**Brukerbasert pasientjournal** Dagens pasientjournal skrives av helsepersonell, og er ofte medisinsk orientert med fokus på sykdom og diagnose. Journalen er basert på helsepersonellens observasjoner. Pasienten har i henhold til pasientrettighetslovens rett til innsyn i journalen og kan kreve at unødvendige, feilaktige eller misvisende opplysninger i journalen rettes eller slettes. Pasienten har derimot ikke anledning til å skrive inn opplysninger eller kommentarer i journalen, og bidrar i dag generelt lite til innholdet.

En pasientjournal som kun reflekterer helsepersonellens observasjoner gir et ufullstendig bilde av situasjonen, og er et utilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Arbeidsgruppen anbefaler at journalen skrives i samarbeid med pasienten, hvor helsepersonalet gir opplysninger om diagnostikk, behandling, forløp og sykepleie, mens pasienten opplyser om sine erfaringer, symptomer og preferanser. Pasienten må gis anledning til selv å legge inn opplysninger i journalen og i epikriser.

**Egenkartleggingssystemer** Flere IT-baserte verktøy og støttesystem for brukermedvirkning innen helse- og sosialsektoren er under utvikling. Dette er systemer hvor brukerne inviteres til selv å kartlegge sin situasjon, sine behov og ønsker om hjelp og oppfølging. Informasjonen deles med utøveren, slik at bruker og utøver sammen kan velge de beste løsningene for brukeren. Ettersom egenkartleggingssystemer og brukerbaserte pasientjournaler utvikles og tas i bruk, vil brukerens stilling i sosial- og helsetjenesten gradvis endres i retning av aktiv medvirkning.

Arbeidsgruppen anbefaler at det avsettes forsknings- og utviklingsmidler til utvikling, videreutvikling og implementering av IT-verktøy som fremmer brukermedvirkning. Dette er fremtidsrettede systemer som fremmer brukermedvirkning og sikrer kvaliteten på tjenestene. Systemer, som f. eks Choice, er forskningsbasert og utviklet for utvalgte pasientgrupper. Det må avsettes midler både til å oppdatere og videreutvikle eksisterende systemer, og til å utvide tilbudet til flere brukergrupper. Arbeidsgruppen anbefaler at sosial- og helsetjenesten på sikt pålegges å ta i bruk egenkartleggingssystemer.

## **Strategi 3: Sterke brukerorganisasjoner**

En viktig årsak til dagens medvirkningspolitikk innenfor sosial- og helsetjenestene kan tilskrives brukernes egenorganisering og organisasjonenes krav om innflytelse på forhold som berører deres livssituasjon (Alm Andreassen 2004).

Brukerorganisasjonene har over lang tid spilt en viktig rolle for utviklingen i sosial- og

offentlige samarbeidspartnere. Brukerorganisasjonene er i dag representert i en rekke offentlige utvalg og styrer og gir regelmessige bidrag til utformingen av helse- og sosialpolitikken

Brukerorganisasjonenes syn og standpunkter er på linje med andre interessepolitiske aktører, som f. eks fagbevegelsen, framkommet gjennom diskusjoner med medlemmene, basert på tilgjengelig kunnskap og strategiske interessepolitiske avveininger. Organisasjonenes rolle som aktør på systemnivå er å ivareta medlemmenes interesser på en best mulig måte. I motsetning til den enkelte bruker, som i møtet med tjenesteapparatet innehar unik kunnskap om seg selv, sine ønsker og behov, såkalt brukerkunnskap, representerer brukerorganisasjonene en generalisert kunnskap. Organisasjonenes styrke som interessepolitisk aktør ligger i deres nærhet til egne medlemmer.

De store brukerorganisasjonene har som følge av medlemskontingenter, næringsvirksomhet, gaver, offentlig organisasjonsstøtte og prosjektmidler økonomiske ressurser som gjør at de kan stille med brukerrepresentanter i ulike fora, gi uttalelser i høringer osv. Disse brukerrepresentantene er skolert og profesjonelle med kunnskap både om egne medlemmer, om sosial- og helsetjenesten og de politiske og administrative systemene. For de mindre organisasjonene, som har begrensede økonomiske midler, er det vanskeligere å være oppdatert og å stille med representanter i ulike fora. *Arbeidsgruppen vil understreke betydningen av at brukerorganisasjonene gis tilstrekkelige rammebetingelser gjennom offentlig økonomisk støtte. Organisasjonens økonomiske situasjon må ikke være til hinder for at de får delta med innspill til sentrale fora. Brukerrepresentantene må få møte- og reisegodtgjørelse og kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste ved deltakelse i ulike fora.*

## **Strategi 4: Større krav til brukervedvirkning i tjenestene**

Det er bred politisk enighet om at brukervedvirkning er ønskelig i utformingen av sosial- og helsetjenestene. Brukervedvirkning styrker brukerens posisjon og bidrar til å øke kvaliteten på tjenestene. Likevel opplever mange brukere det motsatte av brukervedvirkning. De opplever ikke å bli hørt, og ikke å bli respektert. Strategiens formål er å fremme tiltak som stimulerer til at offisiell politikk og vedtatte rettsregler gjennomføres i praksis.

### **Lovbestemt aktivitetsplikt for å fremme brukervedvirkning**

Lov om likestilling mellom kjønnene inneholder en plikt til å arbeide for likestilling. Bestemmelsens formål er å skape økt og mer systematisk oppmerksomhet om likestilling i virksomhetene. Loven pålegger offentlige myndigheter, arbeidsgivere og arbeidslivets organisasjoner å arbeide aktivt, målrettet og planmessig for likestilling mellom kjønnene. I tillegg til aktivitetsplikten inneholder loven en plikt til å redegjøre for den faktiske tilstanden og planlagte og iverksatte tiltak for å fremme likestilling. *Arbeidsgruppen foreslår at det innføres en tilsvarende aktivitets- og redegjøringsplikt for brukervedvirkning i sosial- og helsetjenesten.* Arbeidsgruppen mener at en eksplisitt lovbestemmelse om aktivitet knyttet til brukervedvirkning vil bidra til bedre og mer effektive helse- og sosialtjenester. Arbeidsgruppen foreslår at det blir redegjort for aktiviteten i eksisterende rapporteringssystemer.

Virksomhetene må rapportere om sin aktivitet i henhold til nærmere spesifiserte punkter. Virksomheter som ikke kan synliggjøre tilstrekkelig grad av brukervedvirkning, registreres og eventuelt sanksjoneres. Slik kan bevilgende myndigheter dels kontrollere hvordan tjenestene følger opp bestemmelser om brukervedvirkning, dels holde tilbake bevilgninger eller avslå søknader om økonomisk støtte dersom kravene ikke er oppfylt.

## **Indikatorer og brukerundersøkelser**

Krav om rapportering øker behovet for indikatorer som fastsetter og beskriver hva som skal oppnås. Utvikling av gode indikatorer krever dokumentert kunnskap basert på forskningsresultater og brukererfaringer. Vi har fortsatt kunnskapshull både om forekomst, årsaksforhold, konsekvenser og effekt av tiltak. Det er vanskelig å utvikle gode indikatorer for brukermidvirkning uten et godt kunnskapsgrunnlag. Styrking av kunnskapsgrunnlaget om virkningsfulle brukermidvirkningstiltak er derfor et viktig innsatsområde. Organisasjonene innehar erfaringer og verdifull kunnskap om gode tiltak som myndighetene kan trekke veksler på i dette arbeidet.

Inntil det er utviklet gode indikatorer for brukermidvirkning kan en aktivitets- og rapporteringsplikt baseres på:

- å synliggjøre rutiner og sjekklister som sikrer at brukeren gis anledning til å samarbeide og medvirke
- regelmessig gjennomførte brukerundersøkelser
- rapport om resultatet av brukerundersøkelser og tiltak til forbedringer

## **Individuell plan for alle**

Arbeidsgruppen mener at individuell plan er godt verktøy for å oppnå reell brukermidvirkning, men registrerer at utforming og oppfølging av planen i altfor stor grad ikke gjennomføres i henhold til ordningens intensjon. Mange med behov for langvarige og koordinerte tjenester tilbys ikke en individuell plan. Mange av de som mottar en individuell plan deltar ikke, eller ikke i tilstrekkelig grad, i utformingen av planen. Brukerne opplever for ofte at oppfølgingen av planen er mangelfull, og at den viktige koordinatorfunksjonen fungerer dårlig.

Til tross for dagens mangelfulle implementering av individuell plan forslår arbeidsgruppen å utvide planens omfang til å gjelde for alle brukere av sosial- og helsetjenester som ønsker det. Alle bør få tilbud om en individuell plan. Arbeidsgruppen forslår videre at brukeren selv gis anledning til å utforme egen plan. Brukere som ønsker bistand til utformingen av planen må tilbys hjelp fra tjenesteapparatet eller rettighetskontoret avhengig av brukerens egne ønsker. Planen skal koordineres av en navngitt person i tjenesteapparatet eller fra rettighetskontoret. Koordinatoren skal godkjennes av brukeren.

## **Avslutning:**

Som nevnt innledningsvis er dette innspillet gjort for å henlede oppmerksomheten på omtalte handlingsplan samtidig som jeg vil belyse noen viktige forslag.

Med vennlig hilsen

Mette Kalve

Leder av arbeidsgruppen Styrk Brukeren i helse- og sosialtjenestene.

## HUSTAVLE

### Brukere skal:

- Bli møtt vennlig og med respekt
- Få tilgang på nødvendig, tilstrekkelig og tilgjengelig informasjon om rettigheter og plikter
- Få det en har rett til, til rett tid
- Bli hørt og involvert i vurderingen av behandling og tiltak
- Gis tilbud om egenkartlegging
- Ha tilgang til uavhengige råd og veiledning, f. eks fra brukerorganisasjoner
- Gis tilbud om å møte brukere i samme situasjon

### Utøverne skal:

- Møte alle brukere med respekt
- Lytte til, ivareta og informere brukeren
- Benytte egenkartlegging og involvere brukeren i utformingen av tilbudet
- Respektere brukerkunnskapen

### Ledelsen skal:

- Skape en organisasjonskultur som vektlegger brukerperspektivet
- Avsette tid til opplæring og refleksjon om brukermedvirkning
- Gjennomføre jevnlig brukerundersøkelser og implementere brukernes tilbakemeldinger i driften

### Myndighetene skal:

- Stille krav om brukermedvirkning i lov- og budsjettsammenheng
- Stimulere til brukermedvirkning gjennom utvalgsarbeid og høringer og yte økonomisk støtte til brukerorganisasjonenes arbeid og deltakelse
- Lytte og ta hensyn til brukernes råd i utformingen av tjenestetilbudet

# N.K.S. Kløverinstitusjoner AS

Nasjonal helseplan  
Postboks. 8011 Dep.

0030 Oslo

Oslo 23.6.2006

## Høringsnotat Nasjonal Helseplan 2006 fra N.K.S. Kløverinstitusjoner AS.

Viser til utsendt høringsnotat og til god gjennomgang fra prosjektdirektør Are Helseth på vår ledersamling i Oslo 1. juni 2006.

N.K.S. Kløverinstitusjoner takker for at vi er en av høringsinstansene.

Under ledersamlingen gav institusjonsledere i vårt selskap en del tilbakemeldinger. Viser også til innsendt notat av 12.05.2006.

Høringsnotatet gir en relativt god oversikt over dagsens helsetjeneste og de utfordringer vi står over for. Vi ser derfor fram til utviklingen av en Nasjonal helseplan som vi mener det behov for. Vi håper at den nasjonale helseplanen blir en handlingsplan med konkrete forslag til konstruktive endringer ut fra befolkningens behov for tjenester. Vi håper også at den inneholder prioriteringer slik at noen nødvendig prioriteringer av tjenesteter gjøres politisk.

Siden vi har gitt noen innspill tidligere velger vi å konsentrere dette notatet om følgende:

Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status:

- Erfaringer fra samhandling med kommuner med fokus på bestillerfunksjonen overfor en ideell organisasjon som leverandør av tjenester.
- Eksempler

Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?

- Helsetjenestens forhold til brukermedvirkning.
- Bruk av elektroniske hjelpemidler i behandling og utredning

Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?

- Helhetstenkning
- Forebygging

Informasjon om selskapet.

### Ordvalg:

I dette notatet velger vi å bruke ordet pasient om pasienter og brukere av helsetjenester. Dette er en forenkling som ikke betyr at vi ikke anerkjenner at brukere av helsetjenester også skal defineres som brukere og ikke pasienter.



## N.K.S. Kløverinstitusjoner AS

### **Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status:**

- Erfaringer fra samhandling med kommuner med fokus på bestillerfunksjonen overfor en ideell organisasjon som leverandør av tjenester.
- Eksempler

Som leverandør av ulike helsetjenester både til de regionale helseforetakene og flere kommuner i Norge har vi gjort oss noen erfaringer vi mener er viktig å informere om. Som man ser av informasjonen om selskapet favner vi flere fagområder noe som gir oss en bred erfaring i avtaleforhandlinger og håndtering av avtaler. Regjeringen har i Soria Moria erklæringen blant annet framhevet viktigheten av å ha ideelle organisasjoner som tjenesteleverandører innen helse og sosialtjenesten.

Med flere års erfaringer i å forhandle driftsavtaler med RHF'ene og kommuner ser vi at det er svært forskjellig hvordan man håndterer sin bestillerrolle. Dette er åpenbart en rolle og oppgave som både er uklar og vanskelig å håndtere profesjonelt. Det å ha oversikt over behov, tilpasse tjenestene til trange økonomiske rammer, ivareta befolkningens behov for lik tilgang til tjenester er utfordrende når man samtidig selv er leverandør av tjenestene. RHF og kommuner levere selv størstedelen av alle helse og omsorgstjenester. De føler ofte at det å kjøpe tjenester fra private kommersielle og ideelle leverandører er å måtte bruke pengene de selv ville hatt til egne tjenesteleverandører. Dette er ofte et dårlig utgangspunkt for forhandlinger og bidrar ikke til likeverdighet eller til å fremme det verdisynet både forrige og sittende regjering har uttalt. Som ideelle organisasjon, som er eier og driver av helseinstitusjoner, er det helt avgjørende at rammene og bestillingen er slik at det gis tid til omstilling og evt. avvikling. Vi opplever at slike rammer noe ganger er vanskelig å få. De fleste får nå avtaler med 3 års varighet, som har 2 års oppsigelse. Det gir et minimum av forutsigbarhet. Imidlertid er det slik at selve bestillingen og dermed økonomien i denne, forhandles årlig i en ytelsesavtale. Vi har erfaringer med at bestillingen endres fra et år til det neste så dramatisk at grunnlaget for drift nærmest faller bort. Det gir verken tid til omstilling eller avvikling. Samtidig som endringer i bestillingene ikke skyldes endringer i befolkningens behov for tjenester, men snarere endret økonomisk prioritering hos bestiller. Eksempel på dette er når en såkalt "Robak kommune" skal få kontroll på økonomien for å kunne gjøre låneopptak til for eksempel nytt kulturhus.

Det er behov for enda en gang å se på bestillerrollen. Hvem skal bestille tjenester på vegne av befolkningen? Hvordan skal denne rollen utøves for å skape likeverdighet?

Vi opplever at spesialisthelsetjenesten stadig "spisser" sine tilbud og at pasienter dermed er tidligere "ferdigbehandlet" på deres tjenestenivå. Samtidig har kommunene ikke bygget ut sine tilbud slik at de kan ta i mot de ferdigbehandlede pasientene til et rehabiliteringsopphold eller overgangsopphold før de kan klare seg hjemme. Vi ser at dette gjelder pasienter som lider av kroniske sykdommer, psykiatriske pasienter og svært mange eldre.

Vi har i mange år drevet et sykehotell som er et tilbud i overgangen mellom sykehus og hjem. Pasienten er utskrevet fra sykehus, men ikke enda frisk nok til at kommunen kan ta hånd om vedkommende. Dette er et eksempel på tilbud som gir et adekvat men rimeligere og noe lavere omsorgsnivå i en overgangsperiode. Denne typen tilbud vil kunne tilbys de fleste pasientgrupper. Det er godt egnet for samfinansiering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og/eller flere kommuner. Vår erfaring er at det der svært få pasienter som får behov for reinnleggelse mens de er i sykehotellet, videre erfarer vi at denne typen opphold

## N.K.S. Kløverinstitusjoner AS

også forebygger tilbakefall etter at de er kommet hjem. Oppholdet fungerer ofte som et lærings- og mestringsopphold hvor pasienten får teoretisk og praktisk kunnskap om hvordan leve med sin helsesvikt. Læring og mestring er et viktig element i mange av kløverinstitusjonene. Dette appellerer til å tenke ressurser og anerkjenner pasientens egen kunnskap og kompetanse. Det appellerer til selvstendighet framfor hjelptrengende. Det mobiliserer ressurser hos den enkelte.

Vi opplever at mange kommuner strever meget hardt med å finansiere helsetjenestene og ta ansvaret for alle de pasientgruppene de har fått ansvar for de senere årene. Kommunen preges av å gi tilbud til de som de MÅ ha tilbud til, mens de utsetter å gi tilbud til grupper som de kan "overse". Dessverre er det mange mennesker som ikke får et verdig tilbud innen helsetjenesten.

- Et kommunalt rehabiliteringstilbud og/eller korttidetilbud endres raskt til sykehjem med langtidspasienter dersom kommunen ikke er i takt med befolkningsutviklingen. Som tjenesteleverandør opplever vi at kommuner bestiller korttidsopphold, rehabilitering eller avlastning. Vi bemanner for denne typen pasienter som er mindre ressurskrevende enn pleietrengende pasienter. Den avtalte økonomien er basert på denne bestillingen. I løpet av året er kommunes primære behov langtidsplasser og de blir hardt presset til å finne plasser til pleietrengende sykehjemspasienter. Resultatet er at korttidsinstitusjonen fylles med pleietrengende langtidspasienter. Samtidig er dette en kommune som ikke verken har vilje eller økonomi til å reforhandle avtalen.

Resultat.

- Bemanningen er for lav til å gi pasientene et godt tilbud.
  - Rehabiliterings trengende pasienter får ikke det tilbudet de forventer.
  - Den ideelle organisasjonen, her Norske kvinners sanitetsforening, må bruke innsamlede midler til å dekke et økende underskudd. Dersom de ikke har disse midlene risikerer de konkurs.
  - Sanitetsforeningen blir sittende igjen med store pensjonsforpliktelser for sine ansatte etter avvikling uten å ha noen som helst mulighet til å skaffe midler til dette. Resultatet kan bli at sanitetsforeningen må begjæres konkurs.
- Pasient innlagt og ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten kan ikke skrives ut selv om kommunen har tilgang på adekvat tilbud. Kommunen "sparer" egne midler ved at kostnadene for pasienten dekkes av staten  
Dette koster Staten fra 3 – 12 000 pr døgn mens det adekvate tilbudet pasienten kunne fått koster kommunen fra kr 700 – 1000 pr døgn.

Vi opplever også et sterkt ønske i mange kommuner om et interkommunalt samarbeide om flere typer tjenester, videre er det også vilje og ønske om samfinansiering mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner. Men igjen strander disse tiltakene på økonomi. *Vi har i dag en finansiering av helsetjenester som gjør at det ikke lønner seg å gi befolkningen helsetjenester.* For pasienten og for mange tilbydere av helsetjenester hadde det vært bedre om det var økonomisk svarende for alle involverte at pasienten fikk et adekvat tilbud på adekvat omsorgsnivå. Det er det ikke i dag.

En Nasjonal helseplan må legge til rette for en finansiering og insentivsystemer som sørger for samhandling, ressursutnyttelse, riktig og villet prioritering.

## N.K.S. Kløverinstitusjoner AS

Vi støtter forslaget om etablering av et *nasjonalt avtalesystem for understøttelse av samhandling*. Samtidig håper vi at det vil være pasienten som er i fokus for slike avtaler for å unngå at man blir mest opptatt av å ivareta egen suverenitet når det gjelder hva som skal gjennomføres. Vi vil også minne om at det i dette systemet er viktig både å bruke våre erfaringer med avtaleforhandlinger samtidig som man ikke må glemme at ideelle organisasjoner som leverandør er en viktig del av disse avtalesystemene.

N.K.S. Kløverinstitusjoner består i dag av mange institusjoner som finansieres gjennom driftsavtaler med de offentlige. Våre kostnader er derfor enten lik de offentlige tjenesten eller rimeligere. Vi vil gjerne bidra til *utprøving av ulike finansieringsformer* som da vil ha overføringsverdi til det offentlige.

### Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?

- Helsetjenestens forhold til brukermedvirkning.
- Bruk av elektroniske hjelpemidler i behandling og utredning

Etter vår oppfatning har man i notatet fått med seg de viktigste utfordringene. Som nevnt i foregående avsnitt er det likevel nødvendig med et betydelig sterkere fokus på pasientens behov og pasientens kunnskap om egne behov.

I N.K.S. Kløverinstitusjoner har vi utviklet en etterutdanning i brukermedvirkning fordi vi ser at det er nødvendig med et **paradigmeskifte** for å få til god brukermedvirkning. Ansatte i våre institusjoner har hatt fokus på brukerens perspektiv lenge, likevel føler de at de ikke er gode nok. For å bli gode nok ser vi at vi må arbeide intensivt med holdninger og kunnskap. Derfor en egen prosessbasert etterutdanning for alle ansatte uansett utdanning.

Siden flere av våre institusjoner tilbyr tjenester til mennesker med kroniske eller sammensatte lidelser er det også viktig å være gode på å anerkjenne pasientens egen kunnskap om seg selv og sine behov. Mange har dessuten god medisinsk kunnskap. Vi tilbyr også "å øke deres kompetanse gjennom lærings- og mestringsopphold.

*Vi ønsker at brukermedvirkning prioriteres så sterkt at helsetjenester skal måles på dette og måtte rapportere på brukermedvirkning og brukertilfredshet.*

Innenfor utvikling av informasjons- og kommunikasjonsteknologi har det, som det beskrives, skjedd mye positivt. I denne sammenhenger er det viktig å framheve at det er utviklet og utvikles stadig mer instrumenter for at pasienter kan selvregistrerte både symptomer for diagnostisering, prioritet av tiltak for best mulig hjelp og ikke minst kunne rapportere om endret utvikling av funksjon eller symptomer. Dette å benytte de muligheter denne teknologien gir vil gi helsetjenesten en unik inngang til å la brukeren medvirke i hele utrednings og behandlingsforløpet på en ny måte. Vi er ikke redd for at dette blir for upersonlig, da det ofte kan være lettere å rapportere om enkelte ting til i en ikke personlig relasjon.

## N.K.S. Kløverinstitusjoner AS

### **Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?**

Vi har behov for en endret tenkning når det gjelder helheten i tjenestetilbudene. For mange pasienter får ikke et godt nok tilbud fordi de ikke får nødvendig oppfølging mellom tjenestenivåene. Det å ha blitt behandlet i på et nivå eller ved en enhet og ikke få hjelp til å få fortsatt adekvat hjelp et annet sted, skaper store problemer for svært mange pasienter i dagens helsetjeneste. Det manglende koordinerende leddet øker faren for forverring, komplikasjoner, kronifisering, sosial isolasjon for å nevne noe. Det er forebyggende å sørge for en helsetjeneste som ivaretar pasienten på beste måte helt til de er rehabilitert innenfor realistiske mål.

Innføring av elektronisk pasientjournal kan være et skritt i riktig retning. Dersom journalen gjøres tilgjengelig for helsetjenesten gjennom at pasienten gir tillatelser er det mulig for ulike tjenestenivåer å følge opp behandlingen i en kontinuerlig prosess. Dette krever både at det etableres et system med lagring av journaler som gjøres tilgjengelig for ulike tjenestenivåer. Her er det viktig å merke seg at journaler må være tilgjengelig også for private leverandører av helsetjenester. Det krever at pasienter informeres godt og er de som gir de nødvendige tillatelser for innsyn. Videre krever det at helepersonell faktisk bruker pasientens journal for å ivareta en kontinuitet i behandlingen. Det betyr holdningsendringer på mange nivå av tjenesten

For pasienter med sammensatte problemer og/eller behov over tid bør man utvikle en koordinator rolle slik at pasienten får hjelp til å få den hjelpen de trenger. Lovbestemt Individuell plan fungerer ikke i dagens offentlige helsetjeneste. Det kan se ut til at dette er nødvendig å innføre sanksjoner og særskilt rapportering for at pasientene skal få denne rettigheten oppfylt. Som syk eller hjelpetrengende er det svært vanskelig å orientere seg i hva man kan få av hjelp. Vi bør organisere helse og sosialtjenestene slik at tjenesteleverandøren vedkommende er i kontakt med, kjenner ansvaret for pasienten/brukeren inntil noen andre har overtatt ansvaret for videre behandling. På denne måten blir ingen pasienter overlatt til seg selv dersom de har behov for videre oppfølging.

Forebyggingsperspektiver er viktig. Helsetjenesten bidrar i liten grad til forebygging. Med store utfordringer i å levere tjenester til de som allerede er blitt syke eller trengende er det vanskelig også å prioritere ressurser til det man tradisjonelt kaller forebygging. Imidlertid er det ingen tvil om at dersom helsetjenesten hadde fungert mer sammenhengende og koordinert, sett fra pasientens ståsted, ville dette være forebyggende. Det er i dag for mange mennesker som venter for lenge på behandling, ikke får behandling før sykdommen er blitt svært alvorlig (psykisk syke) eller ikke får adekvat behandling i det hele tatt. Gjennom denne måten å prioritere på skaper samfunnet kronisk syke eller påfører mennesker et alvorlig sykdomsforløp som kunne været forhindret, redusert eller utsatt.

Vår konklusjon på dette høringsnotatet er at vi ønsker at den sittende regjering gjennom nasjonal helseplan benytter muligheten for å starte prosessen med et paradigmeskifte i norsk helsepolitikk: Å organiserer tjenestene ut fra pasienten/brukerens behov, skape en helhetstenkning og sørge for at tjenestene er tilgjengelig blant annet ved at en del av tjenestene kan oppsøke pasienten i stedet for omvendt. Det må legges til rette for en endret organisering av tjenestene, samt utvikle finansierings- og intensivsystemer som vektlegger samhandling, ressursutnyttelse, riktig og villet prioritering.

# N.K.S. Kløverinstitusjoner AS

## Informasjon om N.K.S. Kløverinstitusjoner AS

*N.K.S. Kløverinstitusjoner as* ble etablert i mars 2000 som et felles utviklingsselskap for de helseinstitusjonene og -virksomheter som eies og drives av Norske Kvinners Sanitetsforening.. Hensikten bak etableringen var å profesjonalisere seg som eier, bli en mer synlig aktør og en trygg arbeidsgiver.

Gjennom etableringen av *N.K.S. Kløverinstitusjonene as* har institusjonene og virksomhetene fått et fellesskap sammen med muligheten for å ta del i prosjekter for å heve kvaliteten på tjenestene.

Driften av institusjonene finansieres gjennom avtaler med det offentlige. De fleste har staten som avtalemotpart og er spesialisthelsetjenestetilbud, noen har avtale med kommunen og atter andre har en kombinasjon av begge avtalepartene. Flere av institusjonene er den eneste institusjonen i sitt slag i angjeldende kommune eller helseforetak.

*NKS Kløverinstitusjoner as* skal

- være en pådriver for kvalitet og verdighet ved institusjonene/virksomhetene
- bidra til at institusjonene/virksomhetene blir best på brukervedvirkning
- utvikle felles overordnede mål og strategier for drift av institusjonene/virksomhetene
- yte profesjonell bistand til eiere og ledere av institusjonene/virksomhetene
- delta i forhandlinger om driftsavtaler og eventuelle andre avtaler med det offentlige

Utvikling av kvalitet i tilbudet ved den enkelte institusjon gjøres blant annet gjennom at selskapet tar initiativ til, veileder og følger opp ulike kvalitetshevende prosjekter som:

- brukervedvirkning (bl.a. gjennom et prosessbasert etterutdanningskurs for ansatte ved institusjonene)
- Kvalitetssikring
- Serviceerklæringer
- Strategisk plan i hver enkelt institusjon
- Kompetanse kartlegging og vurdering
- Evaluerings- og forskningsprosjekter

Oversikt over institusjonene og mer informasjon finnes på vår nettside:  
[www.kloverinstitusjonene.no](http://www.kloverinstitusjonene.no)

Men vennlig hilsen

Mette Kalve  
Direktør