

Høringssvar fra Helse Midt-Norge RHF

Generelle kommentarer til Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

1. Helse Midt-Norge er enig i måten høringsnotatet beskriver et utfordringsbilde og behov for omstilling i helsevesenet for å sikre kvalitet og nødvendig kapasitet i årene som kommer. Det hadde vært en stor fordel om oppfølging av Primærhelsemeldingen sees i sammenheng med oppfølging av Sykehusplanen.
2. Det er i de siste årene vedtatt en rekke planer og meldinger som alle har til hensikt å møte framtidige felles utfordringer for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Felles for disse er at de beskriver intensjoner om overføring av oppgaver til kommunene uten at det konkretiseres hvilke oppgaver som skal overføres til kommunene, bortsett fra at ansvaret for utskrivningsklare pasienter er overført til kommunene, partene er lovpålagt å inngå avtaler og at kommunene er pålagt å etablere heldøgn øyeblikkelighjelpstilbud. Dette høringsnotatet er i noen grad konkret på oppgaver som skal overføres til kommunene. Det gjenstår imidlertid konkretisering innenfor en rekke områder som for eksempel RUS, psykisk helse og rehabilitering. En felles strategi for oppfølging av Primærhelsemeldingen og Sykehusplanen kunne ha gitt viktige føringer for felles tjenesteutvikling innenfor disse områdene.
3. Ad primærhelseteam og oppfølgingsteam. Vi tror at slike team vil være viktig bidrag for å sikre bedre tjenester til brukere med sammensatte behov, vi tror at det er uheldig at disse timene ikke beskrives i høringsnotatet. Vi tror ikke at opplisting av profesjoner ivaretar primærhelsemeldingens intensjoner med at kommunene pålegges å etablere primærhelseteam og oppfølgingsteam.

Kommentarer til spesifikke områder skissert i høringsbrevet;

- **Krav om at kommunen må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor. Det tas sikte på at lovendringen skal tre i kraft 1. januar 2018.**

Det stilles i høringen profesjonskrav til kommunen, noe som det ikke stilles krav om i spesialisthelsetjenesten – Dette svekker likeverdet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Profesjons-, og kapasitetskrav versus kvalitetskrav til tjenesten?

Vi tror at å utarbeide forskrifter for kvalitet på tjenesteområdene er mer hensiktsmessig enn å liste opp noen av de profesjonene som kommunene skal knytte til seg. Dog tror vi at å lovregulere profesjoner som kommunene skal ha tilgang til, kan stimulere kommunene til å samarbeide om nødvendig kompetanse.

- Krav om at kommunen må ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Disse lovendringene skal etter planen tre i kraft først fra 1. januar 2020. Se punktet over.

- **Lovfesting av at kommunen skal ha veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunene.**

Helse Midt- Norge er enig i at det lovfestes en veiledningsplikt for kommunene. Dette er viktig for å høyne kvaliteten av behandlingen, oppnå likeverdighet, samhandling og kompetansedeling.

Spesialisthelsetjenesten har som kjent hatt denne veiledningsplikten i mange år. Erfaringene viser at forståelsen av hva veiledning innebærer er uproblematisk når det gjelder veiledning angående enkeltpasienter. Spesialisthelsetjenesten har også veiledningsplikt ut over det som er individrettet. På dette området er veiledningsplikten meget uklar. Det har bidratt til at kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulike forventninger til hvilke veiledningstjenester som skal gis, og på hvilken måte de skal gis. Det er derfor behov for en presisering av hva veiledning innebærer

- **Tydeliggjøring av kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring.**

Det er viktig og riktig av kommunen pålegges et ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring. Vi vil tilføye at oppfølgingen bør fokusere på at de lovpålagte avtalene mellom kommunene og helseforetaket bør videreutvikles for å konkretisere ansvaret mellom partene.

Det er naturlig at kommunen har ansvar for lærings- og mestringstilbud som er diagnoseuavhengige og til de store diagnosegruppene, innen rammen av faglig forsvarlighet. Der det er behov for spesialisert kompetanse, bør tilbudet ytes av spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har utgitt en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Det er en fordel at ordlyden i denne veilederen og ordlyden i teksten i helse og omsorgslovgivningen samordnes.

I veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator står det: «Tilrettelegging av strukturerte lærings- og mestringstilbud skal så langt det er mulig, og innen rammen av faglig forsvarlighet, gis i kommunene. Dette gjelder ikke individ. Tilbud som må skje tett integrert med den spesialiserte medisinske behandlingen. Tilbudet i kommunene bør styrkes»

«For personer med sjeldne tilstander og ved behov for spesialisert kompetanse, bør tilbudet ytes av spesialisthelsetjenesten. Lærings- og mestringssentrene i helseforetakene bør tilby veiledning til kommunene. Avveiningen om ansvar og oppgaver bør skje etter de samme prinsippene for habilitering og rehabilitering.»

- **Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.**

Ingen kommentarer

- **Etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre (DPS).**

I beskrivelsen av forsøksordningen påstås det at kommunal råderett over DPS som spesialisthelsetjeneste vil sikre en forbedret offentlig forvaltet tjeneste uten at det henvises til at det er gjennomført en evaluering av dagens strukturelle og godt organiserte tjeneste. Det foreligger gode tilbakemeldinger når det gjelder samhandling, både fra fastleger og samhandlingsteam. Det er få faglige argumenter som støtter overføring av driftsansvar for DPS til kommune. En kan av denne bakgrunn ikke støtte forsøksordningen slik den er beskrevet.

Dersom en skal etablere forsøksordning hvor kommuner får ansvar for å drifte DPS er det nødvendig å enes om følgeforskning for å identifisere effekten av før overføring skjer. Det er problematisk at høringsforslaget ikke legger opp til at kommunene pålegges ansvar for utdanning av helsepersonell.

Vi støtter forslagets beskrivelse av at det skal innsås avtale mellom partene som sikrer at helseforetakene kan ivareta sitt sørge for ansvar, sikrer faglig forsvarlighet og god utnyttelse av DMSet sin kapasitet i samsvar med kommunenes og helseforetakets interesse krevet i høringsnotatet.

Vi har erfaring fra somatikken viser at tidlig utskrivning av somatiske pasienter til kommunene er hensiktsmessig, både faglig og økonomisk. Et alternativ til overføring av driftsansvar for DPS til kommunene er å etablere et samarbeid om etterbehandling. Dette er et tilbud hvor kommunen og helseforetaket samarbeider om kommunalt tilbud til pasienter før de utskrivningsklar. Dette tilbudet baseres på en avtale hvor partene enes om kvalitet, ansvar, kapasitet og økonomi. Vi tror at dette er en mer hensiktsmessig måte å videreutvikle tjenestetilbudet til pasienter enn å overføre driftsansvaret for DPS til kommuner.

Kommunal øyeblikkelig hjelpsenger

Fra 2017 skal pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer få øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen. Bakgrunnen for å innføre plikten for personer som har psykisk helse- og /eller rusmiddelproblemer er at denne gruppen ikke skal diskrimineres, men ha lik tilgang til helsetjenester når det haster.

Utvikling av etterbehandlings- , og kommunale øyeblikkelighjelpsenger for pasienter med psykisk sykdom og rusproblemer vil kunne bidra til å dempe presset inn mot DPSene som fortsatt bør driftes av spesialisthelsetjenesten

- **Lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Kommunens ansvar foreslås regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.**

Vi kan ikke se at det er faglige eller økonomiske argumenter for at spesialisttannhelsetjenesten overføres til kommunene.

- **Tydeliggjøring av kontaktlegeordningen for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven.**

Pålegg om kontaktlegeordning må ses i forhold til allerede etablerte tiltak.

Spesialisthelsetjenesten er pålagt en ordning med koordinerende enhet. Koordinerende enhets rolle i spesialisthelsetjenesten og kommunene er beskrevet i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

I høringsnotatet side 240 står det at: «I spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd er det også bestemt at den som blir oppnevnt til kontaktlege, skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten. Dette innebærer at den som blir oppnevnt, må være en del av det teamet som behandler pasienten. Vedkommende behøver ikke å ha et hovedansvar for behandlingen, men må ha en aktiv rolle i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.»

I Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator står det at:

«Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og koordinator er sentralt. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.»

Eksempelene viser at rollene som kontaktlege og koordinerende enhet er utformet slik at de skal ivareta de samme funksjonene. Kontaktlegens og koordinerende enhets rolle må derfor avstammes for å unngå uklarhet og overlappende arbeid.

- **Tydeliggjøring av kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging.**

Ingen kommentarer