

Rapport

**Samhandling
mellom
kommunale helse- og
omsorgstjenester/fastlegeordningen og
spesialisthelsetjenesten
-
organisatoriske tiltak**

Juni 2006

1. Innledning	3
1.1. Bakgrunn.....	3
1.2. Prosjektgruppens mandat og sammensetning.....	4
2. Sammendrag	6
3 Situasjons- og problemforståelse	10
3.1. Innledning	10
3.2. Forholdet mellom stat og kommuner	12
4 Prosjektgruppens anbefalinger	15
4.1 Intensivert oppfølging av eksisterende tiltak	15
4.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)	19
4.3 Avtaler som grunnlag for bedre samhandling.....	21
5. Samhandling i et bruker- og pasientperspektiv – hva kan vi oppnå?	29
6 Videre prosess	35
VEDLEGG	37
Mønsteravtale	37
Konsultasjonsordningen.....	39

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Den som trenger helsetjenester forventer at tjenesteytere snakker sammen på en slik måte at informasjon kommer videre til neste ledd. For pasientene er det avgjørende at tjenestene henger sammen slik at det ikke oppstår "glipper". Samhandling handler om hvordan aktørene tar ansvar for å legge til rette for at tjenestene framstår som sammenhengende og planlagte med klare ansvarsoverføringer mellom leddene, uten glipper eller unødig dobbelt arbeid. Det er bred erkjennelse om at samhandlingen i dag i mange tilfeller ikke fungerer godt nok.

- Wisløff-utvalget (*NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*) som har analysert samhandlingsutfordringene, trekker fram at det er stor bredde i hvordan samhandlingen i helsetjenesten fungerer. Det er mange eksempler på god samhandling og det er områder hvor svikten er betydelig. Svikten på samhandling er både på individnivå og systemnivå. Samhandlingen kan svikte for alle typer av pasienter i alle overganger. Utvalget trekker likevel fram pasientgrupper der utfordringene og behovet for samhandling er særlig store: kreftpasienter, eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer, terminalt syke pasienter, kronisk syke og rusmisbrukere. Utvalgets hovedgrep for å fremme bedre samhandling er en rekke mindre forslag til endringer som i sum vil ha god effekt. Utvalgets forslag kan derfor sees på som et ønske om en innholdsreform i helsetjenesten.
- Evalueringen av foretaksmodellens funksjonalitet framhever at samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste kanskje er den største utfordringen som helsetjenesten i dag står overfor (*AGENDA og MUUSMANN: Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet*).
- Rapporter fra Statens helsetilsyn som viser sviktende samhandling (f.eks. *Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003, Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004 og Oppsummering av tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker*).
- *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten ...og bedre skal det bli!* fremhever samhandling og kontinuitet i tjenestene som et av seks kriterier som kjennetegner tjenester av god kvalitet. Det påpekes at det på dette området er store variasjoner i praksis.
- Pasient- og brukerorganisasjoner trekker i mange sammenhenger fram betydningen av god samhandling og hvilke negative effekter det får for pasientene når tjenesten ikke lykkes med samhandling. Dette framgår i flere evalueringer (bla evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse og evaluering av

fastlegereformen) og framheves i organisasjonenes høringssvar til Wisløff-utvalget.

I høringsrunden har Wisløff-utvalgets analyser og forslag i stor grad fått tilslutning. En kritisk innvending som likevel trekkes fram, er rammen for utvalgets arbeid; at det var begrenset til helsetjenesten. Både sett fra pasientenes og tjenestenes ståsted gjelder svært mange samhandlingsutfordringer forholdet mellom helsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten, dels også andre deler av de offentlige tjenestene. Synspunktene som fremmes, er at arbeidet framover for bedre samhandling må ta opp i seg dette bredere samhandlingsperspektivet og altså ikke begrenses til helsetjenesten.

Wisløff-utvalget viser at mange av samhandlingsutfordringene må finne sine løsninger lokalt og i den utøvende tjenesten. Det vises til at det en del steder er inngått samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak. Samtidig betoner utvalget at samhandling og utviklingstiltak for bedre samhandling må være forankret i en overordnet organisatorisk struktur og at dette er nødvendig for å sikre den nødvendige helhet og ledelsesmessige forankring av arbeidet. Utvalget foreslår at dette konkret bør følges opp med at Helse- og omsorgsdepartementet etablerer et landsdekkende avtalesystem med KS. I høringsrunden har forslaget fått bred støtte.

Blant annet som en oppfølging av dette forslaget nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med KS i november 2005 denne prosjektgruppen som skulle utarbeide forslag til organisatoriske samarbeidsløsninger mellom kommuner og foretak.

Parallelt med prosjektgruppen arbeider Helse- og omsorgsdepartementet med oppfølgingen av Wisløff-utvalgets øvrige forslag. Det vil bli gitt en orientering om dette i statsbudsjettet for 2007.

1.2. Prosjektgruppens mandat og sammensetning

Prosjektgruppen skal med utgangspunkt i behovet for samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegene og spesialisthelsetjenesten vurdere organisatoriske tiltak og eventuelt andre tiltak som kan understøtte samhandling og samarbeid mellom nivåene. Arbeidet skal baseres på følgende rammer:

- Eksisterende overordnede ansvarsstruktur skal legges til grunn, med at kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten og staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten.
- De organisatoriske hovedtrekkene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten (foretaksorganiseringen) og kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen skal legges til grunn.

Likeverdighet mellom de to tjenestesektorene skal være en premiss for arbeidet.

Generelle problemstillinger som det er aktuelt for utvalget å vurdere, vil blant annet være:

- Nye organisatoriske samarbeidsløsninger i foretakene og mellom kommunene som gjør det lettere for primærhelsetjenesten å møte helseforetaksstrukturen som likeverdige samarbeidspartnere.
- Nye organisatoriske tiltak som på mer direkte måter kan involvere helse- og omsorgstjenesten/fastlegene/kommunene i utforming og gjennomføring av felles nasjonale strategier/planer.
- Nye organisatoriske tiltak som kan bringe primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i bedre helhetlig samarbeid med andre deler av helsetjenesten; områder slik som forebygging og rehabilitering uavhengig av hvor tjenestene er plassert i den samlede helse- og omsorgstjenesten.
- Nye organisatorisk tiltak som kan bedre samarbeidet med virksomheter på andre samfunnsområder, slik som justissektoren, asylområdet, barn og unge, med videre.

I dette arbeidet skal prosjektet foreta vurderinger inn mot sentrale områder for å vurdere om det er behov for supplerende tiltak, for at behovet for samarbeid skal bli godt nok ivaretatt. Eksempler på slike områder er:

- psykisk helsevern
- rusmiddelavhengige
- rehabilitering
- helsetjenester til eldre
- helsetjenester til pasienter med kroniske sykdommer
- arbeidet med unge ut av sykehjem
- områder der det er eller bør være etablert nasjonale strategier eller handlingsplaner, slik som kreft, diabetes, KOLS med videre.

Et utgangspunkt for prosjektgruppens arbeid skal være medvirkning fra brukere og brukergrupper.

Representasjonen i prosjektgruppen skal være balansert slik at det er tilnærmet like mange som kan sies å representere henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Prosjektgruppen kan utfylle sammensetningen dersom dette anses hensiktsmessig.

Frist for arbeidet og sluttrapport settes til 1. juni 2006.

Sammensetning

Vidar Oma Steine (leder), ekspedisjonssjef, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet

Bjørn Gudbjørgsrud (nestleder), direktør, KS-konsultasjoner og myndighetskontakt, KS

Andreas Disen, ekspedisjonssjef, Kommunehelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet

Gudrun Grindaker, direktør, KS-arbeidsgiverutvikling og omstilling, KS
Arnhild Danielsen, rådmann, Hurum kommune
Birgit Sannes, helse- og omsorgssjef, Bamble kommune
Margaret Sandøy Ramberg, leder, FFO
Arnfinn Aarnes, rådgiver, FFO
Eilin Reinaas, forbundsleder, Norges Handikapforbund
Jan Emil Kristoffersen, leder, Alment praktiserende lægers forening
Tord Asak, overlege, Medisinsk avdeling Sykehuset Innlandet HS
Marte Walstad, Allmennpraktiker, Ranheim legesenter
Anne Karin Lindahl, fagdirektør, Helse Sør RHF
Finn Henry Hansen, direktør, Helse Nord RHF
Schack Lystrup, overlege, DPS Drammen
Bjarne Riis Strøm, fagdirektør, Den norske lægeforening
Lisbeth Normann, fagsjef, Norsk sykepleierforbund
Signe Hananger, avdelingsleder, Fagforbundet
Olav V. Slåttebrekk, avdelingsdirektør, Sosial- og helsedirektoratet
Mari Trommald, prosjektdirektør, Sosial- og helsedirektoratet
Grethe H. Hoddevik, seniorrådgiver, Helsetilsynet

Sekretariat:

Synnøve Roald, avdelingsdirektør, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet
Grete Gjertsen, seniorrådgiver, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet
Liv Bagstevold, seniorrådgiver, Kommunesjefavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet
Hildegunn Rafdal, rådgiver, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet
Knut Grøholt
Hilde Smedhammer Helle, førstekonsulent, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet.

2. Sammendrag

Prosjektgruppens utgangspunkt er at bedre samhandling vil være avhengig av at det systematisk arbeides på bred front med en rekke tiltak. Det finnes, etter prosjektgruppens vurdering, ikke noe enkeltstående grep som alene kan svare på helsetjenestens utfordringer om bedre samhandling. Gruppen ser det som kjernen i sitt oppdrag å identifisere, styrke og sette i system eksisterende eller foreslåtte samhandlingstiltak, samtidig som disse understøttes av en organisatorisk struktur gjennom et mer gjennomgripende og systematisk avtalesystem mellom kommune (primærhelse, pleie- og omsorg) og stat (spesialisthelsetjeneste) enn i dag. Gruppens mandat er i utgangspunktet knyttet til organisatoriske tiltak, men det er ikke nødvendigvis noen klar grense mellom faglige og organisatoriske tiltak. Gruppen har,

med utgangspunkt i mandatet, sett det som sentralt å bringe fram tiltak som på en helhetlig måte kan understøtte bedre samhandling.

Prosjektgruppens utgangspunkt er at tiltak for bedre samhandling må ha forankring på de utøvende tjenestenivåene og at overordnede organisatoriske tiltak må være understøttende for tiltak og praksis også hos de faglige aktørene.

Med dette som bakgrunn kan gruppens innspill deles i tre kategorier:

- Tiltak som er i bruk i dag, men der gruppen mener at tiltakenes potensial ikke er utnyttet.
- Større vekt på å samordne IKT-opplegg, og dermed oppnå bedre informasjonsflyt og kommunikasjon, og at dette i tillegg til spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste også må inkludere kommunale omsorgstjenester.
- Bruk av et mer gjennomgående avtalesystem, bedre bruk av felles fora og avtaletiltak som kan understøtte samhandling.

Bedre bruk av eksisterende tiltak

- Intensivering av arbeidet for at individuell plan skal brukes i samsvar med lov og forskrift og intensjonene bak disse. Forankring av plan og ansvar for utforming av individuell plan avklares jf. Wisløff-utvalgets anbefalinger.
- Mer systematisk bruk av praksiskonsulentordningen. Det bør tilstrebes at den tas i bruk ved alle helseforetak. For å understøtte ordningen bør praksiskoordinator delta i lokale samarbeidsutvalg og også møte i samarbeidsutvalget mellom lokale helseforetak og tilhørende kommuner.
- Bedre bruk av den lovbaserte ordningen med pasientansvarlig lege. I dag praktiseres ikke ordningen i samsvar med krav og intensjoner i lov og forskrift. På samme måte som fastlegen i primærhelsetjenesten har blitt et fast medisinsk kontaktpunkt for pasientene kan ordningen bidra til at det også i spesialisthelsetjenesten blir et medisinsk kontaktpunkt for pasientene – når behov for dette er til stede. Prosjektgruppen mener dette er en ordning som gir god og helhetlig kontakt mellom tjeneste og pasient og at ordningen også understøtter samhandling. Det må etableres som et ledelsesansvar at ordningen blir fulgt opp. Dette bør skje i kombinasjon med oppfølging av forslaget fra Wisløff-utvalget om at det klargjøres og tydeliggjøres hva som er ordningens nedslagsfelt, og at det sikres at ordningen brukes der den reelt bidrar til bedre pasientkontakt og koordinering.
- Systematisere og intensivere arbeidet for å identifisere behandlingskjeder som ut fra omfang og/eller samhandlingsutfordringer gjør det særlig viktig at det etableres gode systemer og rutiner for samhandling. Bruk av systematisk metode (eks gjennombruddsmetodikk og / el. pasientfokusert redesign) har vist seg egnet til å kartlegge og utvikle klare ansvarskjeder og bør forsøkes anvendt for å utforme forutsigbare behandlingskjeder.
- Vurdering av supplerende tiltak fra sykehusene som kan bidra til koordinering på omsorgssiden, for eksempel ved at det klargjøres helhetlige koordineringsroller for sykepleiere for å ivareta koordineringen på omsorgssiden.

Samordnede IKT-opplegg som inkluderer hele helse- og omsorgssektoren, for å oppnå bedre informasjonsflyt og kommunikasjon

Arbeidet som skjer i regi av Norsk Helsenett, Nasjonal IKT, fyrtårnsprosjektene for kommunene og Samspill@2007 (i regi av Sosial- og helsedirektoratet) er viktige prosesser for at bruk av IKT bedre skal understøtte samhandling. IKT-systemer som formidler presis informasjon om behandlings og omsorgsopplegg er et svært viktig virkemiddel for sammenhengende behandlingsskjeder med god samhandling. IKT-systemene må også legge til rette for løpende dialog mellom behandlings- og omsorgsansvarlig personell knyttet til hver enkelt pasient. At det kommer mer tjenester i nettene må stå sentralt i den kommende perioden. Informasjonsflyten mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten bør styrkes, det bør i større grad legges til rette for bruk av sentrale standarder på IKT-området og kommunene bør i større grad sikres innflytelse og styring av virksomheten knyttet til Nasjonalt Helsenett. For å lykkes er det avgjørende at utviklingsarbeidet ikke isoleres til teknologiutvikling. Det må parallelt arbeides med øvrige faktorer som påvirker informasjons og kommunikasjon mellom virksomheter/forvaltningsnivåer, slik som kompetanse, holdninger, rutiner, finansieringsordninger mv.

Lokale samarbeidsutvalg (LSU)

Lokale samarbeidsutvalgene (LSU) er et viktig organ for samarbeidet mellom fastlegene/fastlegegruppen og kommuneadministrasjonen. Prosjektgruppen peker på tiltak for at LSU skal kunne få økt betydning for samhandling. LSU er avtalt som en del av fastlegeordningen og må etableres i alle kommuner.

Bedre bruk av felles fora og avtaletiltak

- Systematisk utvikling av samarbeidsavtaler og samarbeidsutvalg mellom helseforetak og respektive kommuner. Slike samarbeidsavtaler og samarbeidsutvalg bør være knyttet til alle helseforetak. Samarbeidsutvalget bør ha en sentral rolle i arbeidet med å utforme konkrete samarbeidstiltak mellom kommuner og helseforetak.
- Det vil være hensiktsmessig at det med forankring i konsultasjonsordningen¹ for samarbeid mellom regjering og KS/kommunene inngås en overordnet samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Både pasientbehov og tjenestetilbud vil ofte krysse ansvars grensene mellom stat og kommune, ut fra hvordan de respektive ansvarsposisjonene trekkes opp i spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester. Det bør derfor være sentralt i avtaleordningen at det foretas felles analyser av status og utfordringer for samhandling og at det skisseres relevante strategier. Avtalen forutsettes også å være en viktig referanse for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og respektive kommuner. Avtaler forutsettes inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS (kommunene), men berørte grupper og instanser (brukerorganisasjoner, fagforeninger,

¹ Konsultasjonsordningen er nærmere beskrevet i vedlegget

regionale helseforetak og fastlegenes organisasjon) bør trekkes inn i arbeidet med avtalene, både på nasjonalt og regionalt/lokalt nivå. Kommunal- og regionaldepartementet trekkes inn i arbeidet på vanlig måte. De nye avtalene skal ikke omfatte forhold som reguleres av dagens allerede etablerte avtaleordning for fastlegeordningen – mellom staten, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Et sentralt element i avtaleordningen er å systematisere bruken av pasienterfaringer slik at disse kan ligge til grunn for utviklings- og forbedringsarbeid.

Prosjektgruppen legger, med utgangspunkt i pasientenes behov for et helhetlig tjenestetilbud, vekt på at mer systematisk bruk av avtalebasert samarbeid mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet også vil gi et bedre grunnlag for å vurdere balansen i forholdet mellom behovene for lokal fleksibilitet og statlig styring. Det anses verdifullt at slik dialog mellom partene kan inngå i vurderingen av hvilke direkte styringstiltak som bør gjennomføres fra statens side.

Prosjektgruppen har i sitt arbeid lagt vekt på at vurderinger og tilrådinger både skal ha et pasient- og tjenesteperspektiv. Det har derfor vært hentet inn eksterne innledere som kunne belyse temaene ut over det som prosjektgruppens egne medlemmer kunne bidra med.:

- Organisasjonen Voksne for Barn², representert ved generalsekretær Randi Talseth og fagkoordinator Karin Källsmyr, holdt et innlegg om temaet barn og unges psykiske helse. Et sentralt budskap som Voksne for Barn kom med var: *Arbeid med barn og unge krever et utstrakt samarbeid mellom mange voksne, både fagprofesjoner og foreldre. Psykisk helsearbeid er et område som omfatter mange tjenester og inkluderer innsats både på tvers av og fra flere forvaltningsnivå. I en innsats for barn og unges psykiske helse kreves det derfor omfattende samhandling. Slik tilbudene framstår i dag, oppleves de fragmentariske, tilfeldige og uten systematisk koordinering. Det er ikke behovet man har, men hvilken instans man møter, som er avgjørende for hvilket tilbud som gis. Gjennom en innhenting av erfaringene som barn og unge og deres foresatte har ved bruk av tjenestene, kan vi se hvordan tilbudene framstår. Det er brukeren som kan si om de opplever tilbudet som samordnet og effektivt nok på individuelt nivå. En systematisk innhenting av erfaringene fra brukerne er derfor påkrevet. Det er brukerens – her barn og unge og deres foresattes behov som skal være utgangspunktet for tjenestene.*
- Hilde Fjærvold, kreftsykepleier i hjemmetjenesten i Bærum kommune og prosjektkoordinator Christine Furuholmen, Helse Asker og Bærum, presenterte ”*Felles ansvar for alvorlig syke og døende i Asker og Bærum*”. Det ble gitt en generell omtale av samarbeidsavtalen som er inngått mellom Sykehuset Asker og Bærum og kommunene Bærum og Asker på helseområdet, og deretter en utdypende omtale av hvordan tjenestetilbudet er samordnet for alvorlig syke og døende pasienter i Asker og Bærum. Dette er pasienter hvor:

² Voksne for barn er en ideell medlemsorganisasjon som arbeider for barn og unges psykiske helse.

- All kurativ behandling er avsluttet, sykdommen er uhelbredelig og det er snakk om en lindrende (palliativ) fase
- Pasienten har plagsomme symptomer det er vanskelig å lindre (smerte, kvalme, angst)
- Kort forventet levetid

Det er utarbeidet en handlingsplan med i alt 13 tiltak fordelt på følgende områder:

- Organisering av behandlingsskjeden
- Tilrettelegging i eget hjem
- Tilrettelegging i sykehjem
- Opprette en egen kommunal enhet (øremerkede senger) for lindrende behandling

Tiltakene omtales nærmere under kap. 5.

Presentasjonen illustrerte på en god måte hvordan systemmessige rammebetingelser, sterk forankring i faglige miljøer og en grunnleggende pasientorientering kan bidra til en bedre helsetjeneste.

- Presentasjon av *Helsedialog – program for samhandling i helsetjenesten* ved kommunaldirektør Karin Kaasa. Programmet omtales nærmere under kap. 4.3 i rapporten.
- Eksempel fra pleie- og omsorgssektoren som case på Samhandlingsbehovet. Presentasjon ved kommunalsjef Aud Fleten, Porsgrunn kommune.

Presentasjonene har vist viktigheten av at det er god systemmessig understøttelse av samhandlingstiltak, men også viktigheten av at det er ledere og faglige medarbeidere som i det daglige arbeidet griper fatt i samhandlingsutfordringene. Innleggene har på ulike måter illustrert at samhandlingstiltak må ha sterk forankring hos brukerne og i den faglige tjenesten, og at det er innenfor slike rammer at tiltak av mer overordnet organisatorisk karakter kan få best effekt. Innspillene har blant annet gitt inspirasjon til forslaget om at brukererfaringer må brukes på en systematisk måte i praktiseringen av de foreslåtte avtaletiltakene.

3 Situasjons- og problemforståelse

3.1. Innledning

Wisløff-utvalget gir en bred analyse av de utfordringer samhandling står overfor og fremmer en rekke forslag til forbedringer. Nedenfor oppsummeres Wisløff-utvalgets forutsetninger, utfordringer og anbefalinger for god samhandling:

- Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten
- En forankring av helsetjenesten i kommunene skal bidra til helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. Det pekes spesielt på at fastlegene er en viktig del av primærhelsetjenesten. Fastlegen har et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientens situasjon og har en rolle som portvakt og portåpner

til det mer spesialiserte nivå. Utvalget reflekterer på spørsmålet om "tyngdekraften" virker for mye i retning mot spesialisthelsetjenesten.

- Det må være likeverdighet mellom aktørene
- Helsetjenesten må bygge på at aktørene har gjensidig respekt og tillit til hverandre. Utvalget slår fast at spesialiseringen og kunnskapsutviklingen i helsetjenesten betyr at stadig flere yrkesgrupper og spesialister må yte sine delbidrag inn i en helhet. Ytring fra utvalget "*Det er ingen yrkesgruppe som har spesialkompetanse på helheten.*" Likeverdighetstenkningen må være utgangspunktet for samarbeid på tvers av alle nivå i helsetjenesten.
- Tjenestene må være faglig gode og trygge.
- Samhandling svikter i dag både på individnivå og på systemnivå
- Dette utgangspunktet gir ikke et enkelt svar på hvordan man kan få til bedre samhandling.
- Utvalget trekker fram grupper der utfordringene gjør seg særlig gjeldende: kreftpasienter, eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer, terminalt syke pasienter, kronisk syke, psykisk syke og rusmiddelmissbrukere.
- Økende andel eldre innebærer en generell utfordring.
- Den økende spesialiseringen og organisatoriske oppsplittingen av helsetjenesten.
- Wisløff-utvalget ser ikke at dyptgripende endringer i oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene vil kunne løse samhandlingsutfordringene. Utvalgets hovedgrep for å fremme bedre samhandling er en rekke mindre forslag til endringer som i sum vil ha god effekt.

Nærmere om Wisløff-utvalgets forslag til organisatoriske tiltak

Nedenfor gjengis de hovedgrupper av organisatoriske tiltak som etter *Wisløff-utvalgets* vurdering er med på å understøtte bedre samhandling i helsetjenesten.

- 1. Utvalget foreslår at det gis adgang til at kommuner kan delegere myndighetsutøvelse til interkommunale organ eller til andre kommuner.*
- 2. Utvalget foreslår å åpne for forsøk der kommuner og foretak kan eie utførerenhetene i helsetjenesten sammen.*
- 3. Utvalget foreslår å åpne for forsøk med organisasjonsmodeller hvor kommunen og foretakene overfører eier- og myndighetsutøvelse til et eget organ.*
- 4. Utvalget foreslår å åpne for forsøk hvor kommuner kan overta det sørge for ansvar som staten via de regionale helseforetakene har for spesialisthelsetjenesten*
- 5. Utvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet drøfter opplegget med et landsdekkende avtalesystem med KS. Fremdrift og organiseringen av det videre arbeid med avtaleinngåelse fastlegges i en nasjonal avtale mellom Helse - og omsorgsdepartementet og KS.*

Punktene 1 – 4 angår spørsmål som gjelder ansvarsstrukturer i forvaltningen. Gitt denne prosjektgruppens mandat om at forslagene skal baseres på eksisterende ansvarsstruktur er disse problemstillingene ikke fulgt opp i gruppens arbeid. Det forutsettes at forslagene vurderes som en del av departementets generelle arbeid med oppfølging av Wisløff-utvalgets rapport. Oppfølgingen av punkt 5 har derimot fått en sentral plass i prosjektgruppens arbeid.

3.2. Forholdet mellom stat og kommuner

Hvordan helse- og omsorgstjenesten svarer på samhandlingsutfordringene påvirkes i stor grad av de generelle rammebetingelsene for forholdet mellom stat og kommuner. Prosjektgruppen har derfor funnet det hensiktsmessig å omtale status og utviklingstiltak på området, slik at gruppens vurderinger og forslag til tiltak kan relateres til dette.

Kommuner er selvstendige forvaltningsnivåer som blant annet har som oppgave å prioritere tjenester lokalt innenfor eksisterende økonomiske rammer i tråd med innbyggernes behov og ønsker. Samtidig er de underlagt nasjonale rammer og føringer. Disse hensynene må balanseres mot hverandre. Det benyttes økonomiske, juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler overfor kommunene. På bakgrunn av at kommuner er selvstendige forvaltningsnivåer, har Kommunal- og regionaldepartementet sett det som nyttig å lage en egen veileder for arbeidet med reformer eller tiltak som berører kommunesektoren. Veilederen er under revidering, og ny versjon vil foreligge høsten 2006.

En utfordring for kommunene er ofte at detaljstyring kan gi kryssende målkonflikter lokalt. Et avtalesystem som foreslås i denne rapporten, vil representere et samarbeidsvirkemiddel, som vil kunne bedre kommunenes planleggingshorisont og ha vel så stor effekt som en lovregulering. Prosjektgruppens vurdering er at dette vil kunne styrke pasientens stilling innenfor den eksisterende forvaltningsstrukturen.

Regjeringen har oppnevnt en kommisjon for lokaldemokratiet. Særlig kommisjonens første utredning har relevans for prosjektgruppens arbeid: (*NOU 2005: 6 Samspill og tillit – Om staten og lokaldemokratiet*). Kommisjonen foretar en bred gjennomgang og drøfting av statlige styringsvirkemidler i forhold tilkommunesektoren. Kommisjonen ønsker at den statlige styringen av kommunene i større grad blir preget av dialog og partnerskap heller enn hierarkiske styringsvirkemidler. Den mener at et godt samspill mellom nivåene er avhengig av bedre samordning og en annen type styring fra statens side.

Med bakgrunn i at forholdet mellom staten og kommunesektoren skal være preget av dialog og samhandling er det etablert en egen konsultasjonsordning som er en fast arena hvor staten (ved regjeringen) og kommunesektoren (ved KS) møtes på politisk nivå fire ganger i året, for å gjennomgå temaer og saker med betydning for sektoren.

I St.prp. nr. 61 (2005-2006) *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007* (kommuneproposisjonen) står det:

"KS og regjeringen er enige om at konsultasjonsordningen skal utvikles og gjøres mer forpliktende. Utviklingsarbeidet skal gjennomføres i løpet av 2006, slik at arbeidet med kommuneopplegget i statsbudsjettet for 2008 kan skje innenfor rammene av en mer forpliktende konsultasjonsordning. Det legges opp til at de mest sentrale elementene i videreutviklingen av ordningen skal være å arbeide videre med bilaterale samarbeidsavtaler og kostnadsberegninger av reformer i kommunesektoren.

Partene har utarbeidet retningslinjer for inngåelse og oppfølging av bilaterale samarbeidsavtaler mellom departementer og KS. Sentralt i retningslinjene er at bruken av samarbeidsavtaler som hovedregel skal reserveres til felles prioriterte områder, fortrinnsvis de store velferdsområdene og nasjonale satsingsområder. Videre skal konsultasjonsmøtene benyttes som faste kontaktpunkter for koordinering av arbeidet med samarbeidsavtaler".

Staten og KS kan således gjennom konsultasjonsordningen etablere bilaterale avtaler på utvalgte områder. I mars 2006 ble det nedsatt en arbeidsgruppe mellom staten og KS som fikk i oppgave å:

- gjennomgå eksisterende bilaterale samarbeidsavtaler mellom staten og KS
- vurdere erfaringer fra utarbeiding og oppfølging av avtalene
- legge fram et forslag til retningslinjer for inngåelse og oppfølging av bilaterale samarbeidsavtaler mellom departementer og KS.

Nedenfor gjengis hovedpunkter fra rapportens tilrådninger:

- At bruken av samarbeidsavtaler som hovedregel reserveres til felles prioriterte områder, fortrinnsvis de store velferdsområdene og nasjonale satsingsområder/reformer
- At avtaler inngås mellom leder av KS og berørte statsråder
- At avtalene er tydelige med hensyn til mål og forpliktelser for partene

- At det ikke skapes uklare grenser i forhold til ansvar for oppgaver og arbeidsmåter
- At det i avtalene bør fastsettes at de skal evalueres
- At dersom det er knyttet ekstraordinær ressurstilgang eller økonomiske rammer til administrativ oppfølging av avtalene, bør dette framgå
- At konsultasjonsmøtene benyttes som faste kontaktpunkter for koordinering av arbeidet med samarbeidsavtaler etter et nærmere angitt mønster
- At alt arbeid med samarbeidsavtaler skjer etter retningslinjene som foreslås i denne rapporten, så snart retningslinjene har trådt i kraft.

Det er utarbeidet utkast til en mønsteravtale, til hjelp for partene i forbindelse med utarbeiding av nye samarbeidsavtaler (gjengitt i vedlegg).

Prosjektgruppen vil vise til at det allerede er et visst omfang av avtaler mellom stat og kommunesektor/KS:

- Avtale om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene
- Avtale om videreutvikling i barnevernet
- Samarbeidsavtalen om kvalitetsutvikling i skolen
- Avtale om bosetting av flyktninger i kommunene
- Avtale mellom KS og regjeringen – tiltak for å bekjempe og forebygge bostedsløshet
- Rammeavtale med KS om ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV-avtalen).

Arbeidet som nå skjer i regi av konsultasjonsordningen, tilsikter å systematisere bruken av avtaleinstituttet, og det er således viktig at det som nå gjøres på helse-, pleie- og omsorgsområdet relaterer seg til dette arbeidet.

Et viktig prinsipp for den kommunale rollen er retten til selv å velge organisatoriske løsninger. Det følger av dette at det vil være forskjeller i kommunal organisering. Spørsmålet om intern organisering i stat, foretak eller kommuner forutsettes ikke å være direkte temaer i samhandlingsprosessene. Samtidig er det viktig at det på de respektive nivåene er aktører som er gitt ansvar som gjør at samhandlingsutfordringer kan behandles med den tilstrekkelige bredde og handlekraft. Dersom det er forhold ved den interne organisering som vanskeliggjør samhandlingen, bør det også være anledning til å ta dette opp i dialogene som avtaleordningen legger opp til.

Omtalen ovenfor gjelder i stor grad systemtiltak. Med dette som bakgrunn vil prosjektgruppen understreke at det er den individuelle behandling/oppfølging og således den individuelle samhandlingspraksis, som vil vise systemtiltakenes effekt. Innretning og forvaltning av systemtiltakene må utøves med respekt for dette. Avtalene må gi rom for at de faglige løsningene må finnes hos de utøvende aktørene. For eksempel vil det således ikke være aktuelt med avtale, innenfor den ordning som prosjektgruppen foreslår, for enkelttilfeller.

4 Prosjektgruppens anbefalinger

Utgangspunktet for prosjektgruppens arbeid er den foreliggende utredningen fra Wisløff-utvalget, jf. at det i statsbudsjettet for 2007 vil bli gitt en omtale av oppfølgingen av utredningen. Wisløff-utvalget peker på at det ikke vil være noe enkeltstående tiltak som kan svare på samhandlingsutfordringene. Det må skje utvikling på en rekke områder og det er summen av tiltakene som kan gi pasientene en bedre koordinert tjeneste. Prosjektgruppen er enig i denne vurderingen og vil også understreke betydningen av at samhandlingstiltakene er forankret i tjenestene. Prosjektgruppen oppfatter det som kjernen i sitt oppdrag å vurdere om det innenfor denne rammen er organisatoriske som kan bidra til å gi en sterkere samlet effekt av de enkeltstående tiltakene. Med dette som utgangspunkt legger prosjektgruppen fram følgende hovedvurderinger og forslag:

- Prosjektgruppen gir sin støtte til at det må skje en intensivert satsing på sentrale eksisterende forslag (individuell plan, praksiskonsulentordningen m.v.). Prosjektgruppen gir også på noen områder synspunkter og forslag om tilpasninger av ordningene, med sikte på at de skal få bedre effekt i forhold til samhandlingsutfordringene (kap. 4.1).
- Mye av samhandlingsutfordringen dreier seg om informasjonsformidling, informasjonsdeling og kommunikasjon. Dette krever at tjenestene har felles og understøttende IKT-nett og IKT-opplegg. Det skjer allerede en betydelig satsing på koordinering på IKT-feltet. Prosjektgruppen framhever at det må skje en ytterligere intensivering, og at det er særlig viktig at også den kommunale pleie- og omsorgstjenesten trekkes inn i den koordinerte IKT-satsingen (kap. 4.2).
- Tjenestene bør i sterkere grad og på mer systematisert måte bruke avtaler og felles fora for å understøtte samhandling. Dels dreier dette seg om å utnytte ordninger som allerede er etablert, blant annet Lokale samarbeidsutvalg (LSU) som er et viktig virkemiddel i samarbeidet mellom fastlegene og kommune og ulike former for samarbeid/samarbeidsutvalg mellom kommuner og helseforetak. I tillegg foreslår prosjektgruppen at det nasjonalt inngås en avtale mellom staten (ved Helse- og omsorgsdepartementet) og kommunene (ved KS) der partene kan foreta felles analyser og i fellesskap kan identifisere strategier og tiltak som svarer på samhandlingsutfordringene. Avtalen bør forankres i den såkalte konsultasjonsordningen, som er det systematiserte opplegget for samarbeid mellom stat og kommuner. Det legges til grunn at den nasjonale avtalen kan være utgangspunkt for regionale og lokale avtaler mellom foretak og kommuner. Som et viktig element i disse avtaleordningene forutsetter prosjektgruppen at det skal etableres ordninger for systematisk tilbakemeldinger av pasienterfaringer (kap. 4.3).

4.1 Intensivert oppfølging av eksisterende tiltak

Prosjektgruppen behandler i dette punktet tiltak som alle mer eller mindre er i bruk i tjenestene. Gruppen mener at riktig bruk av disse tiltakene har vesentlig betydning for å lykkes med samhandlingsutfordringene. Prosjektgruppen har derfor funnet det riktig å

omtale tiltakene og også gi sine særskilte vurderinger. I tillegg vil det også kunne oppnås bedre effekt dersom det skjer et samvirke mellom den videre utviklingen av tiltakene og de nye forslagene som prosjektgruppen fremmer. Det understrekes at temaene som tas opp ikke er noen komplett gjennomgang av eksisterende tiltak, herunder videreutvikling av tiltakene, for eksempel at det kan vurderes supplerende tiltak fra sykehusene som kan bidra til koordinering på omsorgssiden, for eksempel ved at det klargjøres helhetlige koordineringsroller for sykepleiere.

Individuell plan (IP)

Lovgrunnlag

Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a og pasientrettighetsloven § 2-5. Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Wisløff-utvalgets vurderinger og forslag til tiltak

Utvalgets vurdering er at individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling i helsetjenesten, både mellom helsetjenestens ulike aktører og mellom tjenesteutøvere og pasient. Utvalget viser imidlertid til den mangelfulle etterlevelsen av denne rettigheten.

Wisløff-utvalgets forslag til forbedringstiltak:

- Utvalget foreslår at det iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov.
- Utvalget mener at kommunen skal være ansvarlig når det gjelder plikten til å utarbeide planen. Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt ha plikt til å medvirke i arbeidet samt sikre at arbeidet starter for pasienter som åpenbart trenger en plan.
- Privatpraktiserende helsepersonell må forpliktes til å delta i arbeidet med individuell plan. Dette gjelder både fastleger, privatpraktiserende fysioterapeuter, legespesialister og psykologer med driftsavtale og personell ansatt i private helseinstitusjoner.
- Utvalget foreslår at plikten tas inn i helsepersonelloven og i regelverket som regulerer virksomheten til andre kommunale, fylkeskommunale, statlige og private etater/virksomheter.
- Utvalget foreslår å harmonisere regelverket for når pasientene har krav på individuell plan innenfor somatikken og det psykiske helsevernet.
- Utvalget anbefaler at kravet om utarbeiding av individuell plan følges bedre opp gjennom helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer/ internkontrollsystemer. Utvalget foreslår en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan for alle kommuner og foretak.

Prosjektgruppens vurderinger og forslag

Høringsuttalelsene viser at Wisløff-utvalget i gjennomgående grad har tilslutning til alle forslag og vurderinger som gjelder individuell plan bortsett fra en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan for alle kommuner og foretak. Prosjektgruppen mener at det

bør tilstrebes at oppfølgingen av individuell plan gjøres til gjennomgående tema i den nye avtaleordningen.

Praksiskonsulentordningen/praksiskoordinator

Målet for praksiskonsulentordningen er å bedre samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten slik at pasientene opplever en mer sammenhengende helsetjeneste. Kjernen i tiltaket er at det ved å etablere stillinger (deltidsstillinger) for allmennleger i sykehusavdelinger, skapes en arena for dialog mellom leger (og annet helsepersonell) i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Praksiskoordinator er en ansatt ved sykehus (deltidsstilling – der arbeidsmengde og organisatorisk plassering må tilpasses i det enkelte tilfelle) som har som oppgave å koordinere praksiskonsulentordningen.

Wisløff-utvalget viser til at praksiskonsulentordningen foreløpig har hatt en begrenset utbredelse og således også i begrenset grad er evaluert. Utvalget har en positiv holdning til ordningen og tilrår at den videreutvikles. Utvalget viser også til at praksiskonsulentordningen hittil i hovedsak har omfattet leger, men det vises til at noen helseforetak i de senere årene har hatt liknende ordninger for sykepleiere ("sektorkoordinatorer"). Også Trondheim kommune har praksiskonsulentordninger som innbefatter andre helsepersonell.

Prosjektgruppens vurderinger og forslag

Prosjektgruppen mener at foretakene bør ha en aktiv holdning i forhold til å bruke praksiskonsulentordningen, slik også Wisløff-utvalget har foreslått. Ordningen bør imidlertid vurderes. Praktisering av ordningen kan også gjøres til tema i de avtalene som prosjektgruppen forslår.

Pasientansvarlig lege

Lovgrunnlag

Ordningen med pasientansvarlig lege er hjemlet i § 3-7 i spesialisthelsetjenesteloven. Det er gitt en egen forskrift til bestemmelsen som trådte i kraft 1. januar 2006³. I forskriften legges det vekt på at pasientansvarlig lege skal en samordningsfunksjon for behandlingen av pasienten, og være det medisinskfaglige kontaktpunktet for pasienten under oppholdet. Innen psykisk helsevern kan en psykolog erstatte pasientansvarlig lege.

I merknadene påpekes det at pasientansvarlig lege også skal fungere som kontaktperson mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Wisløff-utvalgets vurderinger og forslag til tiltak

Ordningen med pasientansvarlig lege ble først foreslått i NOU 1997:2 *Pasienten først*. Hensikten med forslaget var å etablere et klart definert forankringspunkt som kunne ta seg av planlegging og kommunikasjon med pasient og pårørende, koordinering av

³ FOR 2000-12-01 nr 1218: Forskrift om pasientansvarleg lege m.m.

undersøkelser og behandling, og kontakt med primærhelsetjenesten dersom pasienten hadde behov for ytterligere oppfølging. Denne ordningen ville også kunne gi berørte aktører i primærhelsetjenesten et fast kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn har påpekt i flere tilsynsrapporter at ordningen ikke er gjennomført slik lov og forskrift krever. Wisløff-utvalget viser også til at mange har vært kritiske til ordningen. For eksempel kan det være vanskelig å sikre tilstrekkelig kontinuitet på grunn av turnusordninger, og det kan oppstå uklarheter dersom behandlende lege og pasientansvarlig lege ikke er samme person.

Wisløff-utvalget mener ordningen er: *"(...) spesielt viktig for pasienter med alvorlig kroniske sykdommer og andre med sammensatte behov og hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten. (...) Disse pasientene vil oftest også ha hyppige kontakter med kommunehelsetjenesten, og legen er da viktig for kontinuitet i samhandlingen mellom nivåene."*

Wisløff-utvalgets forslag til forbedringstiltak:

- Utvalget foreslår at ordningen med pasientansvarlig lege avvikles som generell ordning og avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester.
- Utvalget foreslår at ordningen med pasientansvarlig lege må forankres i ledelsen ved sykehuset, og ledelsen på avdelingsnivå må stå ansvarlig for den praktiske gjennomføringen.
- Ledelsen ved det enkelte sykehus må se på ulike måter å organisere koordineringsbehovene for den enkelte pasient. Utover ordningen med pasientansvarlig lege må primærlegepleier og andre ordninger kunne bidra til kontinuitet og oversikt for pasientene.
- Pasientansvarlig lege bør også omfatte rusmiddelmissbrukere som mottar tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud, siden dette er en gruppe med store samhandlingsbehov.

Prosjektgruppens vurderinger og forslag

I dag praktiseres ikke ordningen i samsvar med krav og intensjoner i lov og forskrift. På samme måte som fastlegen i primærhelsetjenesten har blitt et fast medisinsk kontaktpunkt for pasientene kan ordningen bidra til at det også i spesialisthelsetjenesten blir et medisinsk kontaktpunkt for pasientene – når behov for dette er til stede. Prosjektgruppen mener dette er en ordning som gir god og helhetlig kontakt mellom tjeneste og pasient og at ordningen også understøtter samhandling. Det må etableres som et ledelsesansvar at ordningen blir fulgt opp. Dette bør skje i kombinasjon med oppfølging av forslaget fra Wisløff-utvalget om at det klargjøres og tydeliggjøres hva som er ordningens nedslagsfelt, og at det sikres at ordningen brukes der den reelt bidrar til bedre pasientkontakt og koordinering. For de tilfeller der pasienten har behov for annen koordinerende kontakt med sykehuset enn det som en pasientansvarlig lege kan gi, bør

det vurderes om også annet helsepersonell bør gis en samlet kontaktfunksjon overfor pasientene i slike tilfeller.

Videreutvikling av fastlegerollen

Fastlegene er gitt en viktig portnerrolle i den samlede helsetjenesten. For å utvikle bedre systemer for behandling av pasienter som trenger sammenhengende behandlingsskjeder, er det nødvendig å utvikle fora for dialog og utvikling av rutiner på tvers av behandlingsnivåene. Dette vil dreie seg om samhandling i den medisinske faglige akse, men samhandlingsutfordringen vil også dreie seg om samarbeidet med den kommunale pleie- og omsorgssektoren og andre kommunale sektorer utenfor helsetjenesten. Evalueringen av fastlegeordningen viser at det for det kurative arbeidet har vært en vellykket reform. Fastlegene er organisert som selvstendige rettssubjekter, og det reiser egne utfordringer når det innenfor rammen av et gjennomgående avtalesystem skal utvikles bedre samhandling både med spesialisthelsetjenesten og med de kommunale tjenestene – både primærhelsetjeneste som er plassert innad i den kommunale forvaltningen og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. De nye avtalene omfatter ikke forhold som reguleres av dagens avtaleordning for fastlegeordningen – mellom staten, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Det er viktig at avtaleinstuttet ikke benyttes til å skape uklarhet om etablerte avtaler og andre avtaleordninger der flere parter enn KS og staten inngår.

4.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

En viktig side ved samhandling er informasjonsformidling, informasjonsdeling og kommunikasjon. At det for aktørene som bør inngå i samhandlingen er etablert nett og systemer som legger til rette for elektronisk kommunikasjon og informasjonsformidling er en viktig forutsetning for å lykkes med samhandling.

Det er i de senere årene etablert en rekke institusjoner som er gitt ulike roller og oppgaver for at IKT bedre skal kunne brukes for å ivareta samhandling i helse- og sosialtjenesten. I praksis betyr dette at de har som intensjon å bidra til helhetlige pasientforløp. Vurdering av nye tiltak og institusjonelle løsninger som kan understøtte samhandlingen innen helse- og sosialsektoren må ta utgangspunkt i de eksisterende ordningene, og at det ut fra dette eventuelt må utvikles nye strategier og organisatoriske løsninger:

Samspill@2007

Samspill@2007 er den nasjonale strategien for IT-utvikling i helse- og sosialsektoren for perioden 2004 - 2007. Strategien skal gi retning og helhet i IKT-utviklingen i sektoren. Sosial- og helsedirektoratet er gitt lederskapet i arbeidet med strategien. Strategien har to hovedsatsinger:

God informasjonsflyt og der seks områder skal prioriteres: helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag, Nasjonalt helsenett, informasjonssikkerhet, elektroniske pasientjournaler, konsolidere utbredelse av elektronisk meldingsutveksling og fagstøtte og kunnskapskilder.

Elektronisk samarbeid med nye aktører og der tre tiltaksområder er prioritert: involvere pasienter, bruker og pårørende, elektroniske resepter til apotekene og forskrivningsstøtte og elektronisk samarbeid mellom kommunal helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten. Som strategi skisseres det et kommuneprogram for elektronisk samarbeid som skal gi tettere og bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt Helsenett (Norsk helsenett AS)

Dette skal være et lukket bransjenett for helse- og sosialsektoren som skal være en sikret kanal for trygg utveksling og deling av informasjon, utvikle sikkerhetskultur, gi stordriftsfordeler både i innkjøp, drift og samhandling og bidra til etablering av tjenester. Selv om nettet har et bredere nedslagsfelt enn spesialisthelsetjenesten er det i den innledende fasen valgt å gi eierskapet til nettet til de fem regionale helseforetakene. Tre elementer i pågående utvikling: a/ Det er nylig inngått avtale med leverandør av nytt høyhastighetsnett. b/ Noe over halvparten av legekantorene er koblet på Helsenettet. Tilkoblingen er ujevnt fordelt mellom regionene. Begrensningen av omfang av tjenester i nettet er også en utfordring. Flere utviklingstiltak pågår; blant annet er ELIN-prosjektet viktig. c/ Det vil nå også bli fokus på oppkobling av kommuner, i forhold til pleie- og omsorgssektoren. Det er lang vei å gå, men viktig å komme i gang. ELIN-k prosjektet slår inn her.

Prosjektgruppen mener at for å styrke samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, og for å bidra til økt bruk av helsenettet, bør kommunene i sterkere grad sikres innflytelse på styring og prioritering av virksomheten.

Nasjonal IKT

Nasjonal IKT er et organisatorisk tiltak i regi av de fem regionale helseforetakene som skal understøtte og ivareta samarbeid på IKT-området mellom foretakene, og også i forhold til andre deler av helse- og sosialsektoren. Med utgangspunkt i at det sentrale er understøttelse av det helhetlige pasientforløpet er det i arbeidet fokus på fem forhold: organisasjon og arbeidsprosesser, informasjon, IT-prosesser, applikasjoner og teknologi. Det er etablert "programkontor" som gir mulighet for tettere oppfølging av prosjekter og mer struktur i samhandlingen mellom prosjektene. Prosjektarbeidet framheves blant annet at det nå er nødvendig å styrke den medisinskfaglige kompetansen. Prioriterte områder i 2006 er: Elektronisk pasientjournal – dokumentasjons-, prosess og planverkstøy, elektronisk samhandling, meldingsutveksling, systemarkitektur, informasjonsgrunnlag og definerte fellestjenester, informasjonssikkerhet og modell for leverandørsamhandling. Det er en strategisk erkjennelse i arbeidet at det kreves sterkere tiltak for å ivareta nødvendig nasjonal samhandling og det pågår vurderingsprosesser om hvilke organisatoriske løsninger (på IKT-området) som best kan understøtte dette.

Andre sentrale organer:

- Nasjonalt senter for telemedisin

- Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH)
- Nasjonalt senter for elektronisk pasientjournal.

Synspunkter fra prosjektgruppen

For samhandling er det innholdet og tilgjengelighet for meldingsutveksling som er avgjørende. Informasjon om pasienten må være tilgjengelig og oppdatert til enhver tid. Nå ansvar for behandling og omsorg endres må informasjonen være oppdatert og overførbar til neste ansvarlige i behandlingsskjeden.

4.3 Avtaler som grunnlag for bedre samhandling

Det er bred enighet om tiltak som skal understøtte samhandlingen i praksisfeltet først og fremst må utvikles mellom praksisfeltets egne aktører. For å stimulere til slikt løsningsorientert utviklingsarbeid er det mellom enkelte helseforetak/regionale helseforetak og enkeltkommuner/flere kommuner inngått samarbeidsavtaler. Det foreligger derfor erfaringer og materiale for utforming av slike samarbeidsavtaler og for prosesser som bør følges i praktiseringen av avtalen.

- Den Nasjonale samhandlingsgruppen som de regionale helseforetakene nedsatte for å utrede samhandling i helsetjenesten utarbeidet også momentliste og mal for samarbeidsavtaler mellom foretakene og kommunene.
- De regionale helseforetakene/helseforetakene er gjennom bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å lage samarbeidsavtaler med kommunene og dette er etter hvert gjort i omfattende grad – til dels også gjort før påleggene ble gitt fra departementet. Eksempler på mer omfattende avtalesystemer som allerede er etablert er Helsedialog som er etablert som et omfattende avtale og samarbeidssystem mellom kommunal sektor og Helse Sør RHF og det samarbeid som er etablert mellom Helse Fonna HF og de 19 kommunene i helseforetakets nedslagsfelt.

- *Helsedialog – program for samhandling i helsetjenesten*⁴. KS og Helse Sør RHF har utviklet et felles langsiktig program for samhandling i Helseregion Sør. Hensikten er å bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, slik at pasientene kan få helhetlige og koordinerte helsetjenester. I programarbeidet har også brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og representanter for fastlegene deltatt. Programmet støtter opp under gode eksempler på samhandling, og ved å undersøke og stimulere de faktorer som har bidratt til suksess i de gode eksempler, vil en søke å styrke disse suksessfaktorene i hele regionen og på stadig nye områder. Målet har vært å utvikle et bredere anlagt program for samhandling i helsetjenesten. Prosjektgruppen mener dette er et tiltak som andre kan høste erfaring fra.

⁴ Vedtatt program som danner basis for Helsedialog og som beskriver innhold og utvikling kan lastes ned fra <http://www.helsedialog.no/arkiv/>

- *Forpliktende samarbeid mellom Helse Fonna HF og kommunene i regionen.* Avtalene omhandler en gjensidig hospiteringsordning mellom sykehusene og kommunene, samt rutiner for inn- og utskrivningsplanlegging av pasienter. Videre er det inngått avtale om opplæring av kommunehelsetjenesten i forhold til utskriving av pasienter med behov for et mer avansert helsetjenestetilbud. Avtalene blir fulgt opp gjennom et felles avvikssystem. Samarbeidet omfatter den somatiske helsetjenesten, men prosjekt pågår for å tilpasse avtalene også innen psykisk helsevern.

De regionale helseforetakenes Nasjonale samhandlingsgruppe har i sitt arbeid listet opp momenter som kan reguleres i en slik avtale, og som prosjektgruppen mener det er naturlig at vurderes av partene når et nytt avtalesystem etableres. Momentene gjengis nedenfor:

1) Ansvarsfordeling mellom partene ved innleggelse av pasient:

Eksempel på områder som kan reguleres:

Kommunens ansvar

(rutiner ved øyeblikkelig hjelp, innleggelsesskriv osv.)

Helseforetakets ansvar

(rutiner ved mottak av øyeblikkelig hjelp, innleggelsesskriv, "åpen retur" osv.)

2) Ansvar mellom partene under opphold og ved utskrivning av pasient:

Kommunens ansvar

(kontaktperson, vurderingsbesøk, planlegging av tilbud etter utskrivning slik at sykehusopphold ikke forlenges unødige).

Helseforetakets ansvar

(pasientansvarlig lege/sykepleier, igangsetting av arbeidet med individuell plan, varsling om behov for kommunale tjenester etter utskrivning, kontaktperson, informasjonsrutiner, nettverksmøter, veiledningsplikt, epikriser osv.)

3) Håndtering av forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter⁵.

.....

⁵ Prosjektgruppens medlemmer har ulike oppfatninger om denne ordningen. Prosjektgruppen forutsetter at saken gjøres til tema i det foreslåtte avtalesystemet

4) Utdanning/veiledning/kompetanseheving:

Avtalen bør forplikte helseforetaket til å tilby utdanning, hospitering, veiledning til helsepersonell i kommunene. Kommunene bør på sin side legge til rette for at kommunalt helsepersonell kan utnytte slike utdanningstilbud, og at helsepersonell fra helseforetaket kan hospitere i kommunen for å bli bedre kjent med arbeidsforhold, faglig forutsetninger og utfordringer.

Det skal føyes til at det for håndteringen av nytt avtaleinstitutt må følges med på hva som skjer med interkommunalt samarbeid, både om det skjer endringer av rammebetingelsene og i hvilken grad kommunene faktisk etablerer slikt samarbeid. Slike samarbeidsordninger vil være en viktig premisse for hvordan avtalesystemet bør organiseres lokalt.

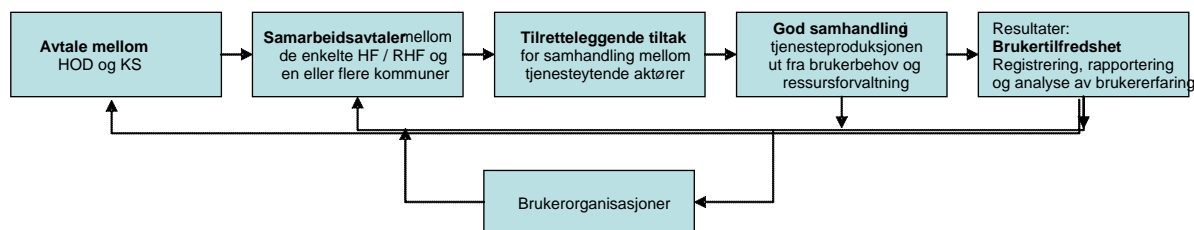
Det skal framheves at en viktig side i avtalesystemer er at det er systematikk i å identifisere avvik og at det gripes fatt i avvikene.

Det er en generell erfaring at samarbeid fungerer best der aktørene er gitt en likeverdig rolle. Gitt dagens organisatoriske strukturer ligger det her noen særskilte utfordringer. I spesialisthelsetjenesten er det med utgangspunkt i det statlige eierskapet etablert en gjennomgående organisatorisk struktur med regionale helseforetak og helseforetak. De ulike organisatoriske nivåene har full styringskompetanse over de underliggende nivåene og er således i en situasjon der de kan inngå avtaler og vite at de har styringsmessig kontroll med oppfølgingen. I kommunal sektor er det ikke en tilsvarende "gjennomskjærende" organisatorisk struktur. Dette skaper utfordringer for å finne avtalesystemer som tar opp i seg likeverdighetstenkningen, jf. at det vil være en risiko for at foretakssystemet gjennom sin organisatoriske struktur setter scenen for samarbeidet og dermed får en ikke ønsket dominerende posisjon. Samtidig er det en ulikevekt gjennom mulighet for å instruere gjennom eier i bestillerdokumenter der det stilles krav til gjennomgående standarder på kvalitet, leveranse og dokumentasjon i spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig også i førstelinjen å få gjennomgående standarder for kvalitet og leveranse for å få forutsigbare tjenester med god samhandling fram til pasientene.

Nasjonal avtale

Med det mål å fremme en systematisk og helhetlig utvikling av samarbeidsavtaler på lokalt plan, foreslår prosjektgruppen at det også inngås en overordnet samarbeidsavtale på nasjonalt nivå med Helse- og omsorgsdepartementet og KS som parter, og hvor en systematisk bruk av pasienterfaringer skal legges til grunn for utviklings- og forbedringsarbeid.

Fig.1: Aktører og tiltak i samhandlingsprosessen i helse og omsorgstjenestene



På statssiden vil Helse- og omsorgsdepartementet være den naturlige part for en slik avtale og departementet vil kunne følge opp inngått avtale med styringsdirektiver overfor den utøvende spesialisthelsetjenesten/foretakene. Det er ikke noe tilsvarende organ på kommunesiden. Den naturlige avtalepart vil være KS, men KS kan ikke på samme måte som departementet forplikte og utøve styring overfor kommunene. Prosjektgruppen legger til grunn at godt forankringsarbeid i forbindelse med inngåelse av nasjonale avtaler uansett vil gi grunnlag for at det skjer regional og lokal oppfølging.

Prosjektgruppen viser til at det så langt ikke har vært noe systematisert nasjonalt system for avtaler mellom stat og kommuner/KS, men at det nå i regi av konsultasjonsordningen mellom regjering og kommuner/KS pågår en prosess for å få slike avtaler inn i et mer enhetlig mønster.

Gruppen ser på dette som en positiv utvikling og det er gruppens oppfatning at en avtale mellom spesialisthelsetjeneste og det kommunale helse-, pleie- og omsorgsområdet bør integreres i et slikt felles opplegg. Dette innebærer også at de gjennomgående løsningene som vil gjelde for ordningen, for eksempel fornyelser av avtaler mv, blir håndtert i samsvar med de generelle reglene. I en avtale kan konkrete problemstillinger tas opp, utfordringene konkretiseres, og det kan trekkes fram forhold som det er viktig å arbeide med i oppfølgingen. Eksempelvis bør avtalen legge grunnlag for et oppfølgingssystem for registrering og analyse av resultater som gjøres tilgjengelige for alle parter, inklusive bruker- og fagorganisasjonene, for bruk i forbedringsarbeidet.

Prosjektgruppen legger til grunn at den overordnede avtalen bør være av policykarakter og skal således ikke pålegge partene spesifiserte innholdsmessige forpliktelser. En slik innretning vil gi systematikk om en felles dagsorden og dertil hørende oppfølgingssystem for de prioriterte utviklingstiltakene for samhandling og at det på denne måten kan oppnås de ønskede effektene. Det bør i avtalen vises en viss tilbakeholdenhet med å standardisere hva de lokale avtalene bør inneholde. Dette kan sette grenser for tilpasning til lokale forhold og til god bruk av lokal kreativitet.

Prosjektgruppen mener at den sentrale avtalen bør trekke opp rammer for etablering av samarbeidsutvalg for helseforetak og respektive kommuner. Et slikt organ vil på en helhetlig måte kunne skape et fellesskap hos aktørene om status og utfordringer og at det også i fellesskap kan drøftes hensiktsmessige strategier og tiltak. Prosjektgruppen mener det innenfor rammene av budsjettarbeidet bør vurderes å sette av ressurser, f.eks regionalt, til å forvalte avtaleverket.

Det vil understøtte likeverdighetstenkningen at avtalepartene i fellesskap har ansvaret for ivaretagelsen av sekretariatsoppgaver knyttet til avtalene. Forvaltningen av avtalen overfor konsultasjonsordningen, forutsettes ivaretatt gjennom sekretariatsordningen som er etablert for ordningen, men oppfølgingen bør forsterkes med halvårslige drøftings- og oppfølgingsmøter på høyt nivå i Helse- og omsorgsdepartementet og KS.

Nasjonale utfordringer som bør søkes håndtert i samarbeidsavtaler

I de senere årene er det praktisert at det på utvalgte helseområder besluttes og iverksettes nasjonale strategier eller handlingsplaner. Slikt arbeid kan være initiert på politisk eller faglig nivå. Begrunnelsene vil være ulike; for eksempel at det er en sektor som prioriteringmessig har falt urimelig tilbake eller at det gjør seg gjeldende særskilte samarbeidsutfordringer som bør understøttes av nasjonale opplegg. Det normale bør ikke være mange slike nasjonale strategier eller planer, men at politiske og faglige behov og hensyn blir ivaretatt gjennom ordinære lov-, prioriterings- samarbeids- og budsjetttiltak. Eksempler på allerede iverksatte strategier og planer er *Opptappingsplanen for psykisk helse (1998–2008)* og *Nasjonal kreftplan (1998 – 2002)*. Det er nå besluttet Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009) og det arbeides med nasjonale strategier på områder slik som diabetes og KOLS.

En utfordring i arbeidet med nasjonale strategier og planer er forholdet mellom stat og kommunesektor. Dels at kommunesektoren og de kommunale sosial- og helsetjenestene trekkes inn i arbeidet med strategiene/planene og dels at det kan finnes fram til systemer for samarbeid i oppfølgingsfasen som samsvarer med etablerte spilleregler for forholdet mellom stat og kommuner. En illustrasjon på håndteringen av utfordringen er kreftstrategien som nå er vedtatt. Der er det lagt vekt på at samordningsfunksjonen skal styrkes ved at dette tydeliggjøres som en oppgave for Sosial- og helsedirektoratet. Det etableres en særskilt koordinatorstilling i direktoratet for formålet.

Prosjektgruppen vil vise til at den avtaleordning som foreslås iverksatt kan brukes som et virkemiddel for arbeidet med nasjonale strategier/planer der kommunene involveres i sterkere grad enn i dag. Det kan med forankring i avtaleordningen legges opp til analyser av hvordan samhandlingsutfordringene skal håndteres og avtaleordningen kan også brukes for å systematisere oppfølgingsarbeidet. Nasjonale planer vil ofte inneholde forventninger om samvirke mellom kommune og stat – et avtalesystem vil kunne bidra til å avstemme forventninger og muligheter og bidra til mer hensiktsmessig gjennomføring.

Forholdet til den nye arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)

Den nye NAV-organisasjonen og dens ansvarsområde må påregnes å bli et tiltakende viktig samarbeidsområde for helse- og omsorgstjenesten. Det bør være et formål for den nasjonale avtalen å legge til rette for dette samarbeidet.

Konsekvenser dersom punkter i den inngåtte avtalen ikke følges opp

Et forhold som bør vies stor oppmerksomhet i det videre arbeidet med avtalen er spørsmålet om hva som skal skje dersom avtalte punkter ikke blir fulgt opp av partene. Både hensynet til pasientene som blir skadelidende og hensynet til den offentlige

helsetjenestens legitimitet tilsier at dette må følges på systematisk måte. Dette bør også ses i sammenheng med håndteringen av betalingsforskriften om ferdigbehandlede pasienter.

Lokal avtale

Som oppfølging av avtalene på nasjonalt nivå anbefales at det inngås avtale på lokalt nivå. På spesialisthelsetjenestesisiden vil det være helseforetak som er part i avtalen, mens kommuner vil være part på primær- og omsorgssiden. Prosjektgruppen mener at det innenfor et nasjonalt rammeverk bør åpnes for lokale variasjoner. I utredningen fra Nasjonal gruppe for samhandling argumenteres det for at et helseforetak fortrinnsvis bør inngå felles avtale med alle kommunene i helseforetakets nedslagsfelt. Prosjektgruppen mener at dette ikke bør låses fast som noe absolutt mønster for de lokale avtalene. For eksempel vil det kunne etableres organisatorisk- faglig samarbeid mellom kommuner og der det kan være naturlig at inngås avtale mellom kommunegruppen og helseforetaket. Denne typen problemstillinger bør kunne drøftes i samarbeidsutvalg mellom kommuner og helseforetak.

Prosjektgruppen har i sin omtale særlig fokusert på to avtalenivåer, den overordnede avtalen på nasjonalt nivå og oppfølgingsavtale på helseforetaks-/kommunenivå. Det understrekes at partene bør ha full anledning til også å praktisere avtaler på organisatorisk "mellomnivå", dvs på regionalt helseforetaksnivå med korresponderende kommunenivå, slik det for eksempel er gjort på Helsedialog i Helseregion Sør. Når det gjelder avtaler som inngås på helseforetaksnivå, vil foretakene være underlagt ordinær hierarkisk styring fra de overordnede regionale helseforetakene.

Statlig styring gjennom bruk av lov og forskrift

Styring gjennom lov og forskrift vil fremdeles være et viktig statlig styringsvirkemiddel. God bruk av avtaleordninger og det fellesskap som aktørene har i praktiseringen av disse, bør bidra til å gi et godt grunnlag for vurderinger av hvordan styring gjennom lov og forskrift bør brukes.

Samarbeidsutvalg helseforetak og respektive kommuner

Det bør etableres utvalg knyttet til helseforetak og kommuner. Utvalget bør ha som oppgave å gjennomføre en analyse av samhandlingssituasjonen, inngå samarbeidsavtale, iverksette tiltak og evaluere og følge opp avtalen. Utvalget bør knyttes til alle helseforetak. Representanter for kommunene, KS, representanter for fastlegene, representanter fra brukerorganisasjonene, praksiskoordinator bør inngå i utvalget.

Lokalt samarbeidsutvalg LSU

LSU er samarbeidsutvalg mellom fastlegene og kommuneadministrasjon. Dette utvalget er etablert i 70 prosent av kommunene. Kommuner som ennå ikke har etablert samarbeidsutvalg kan søke mot interkommunale løsninger. Utvalget bør utvikles til å være en bærende samhandlingsarena mellom fastlegene og kommunen. Det bør vurderes om kommunelege, praksiskonsulent og foretakets fagdirektør bør ha roller i

utvalget. Denne vurderingen må skje i lys av at LSU's formål er å bedre samarbeidet mellom fastleger og kommune. Sentrale aktører fra pleie- omsorgssektoren bør inngå i utvalgene.

Lokale/regionale utfordringer som bør søkes håndtert i samarbeidsavtaler

Som tidligere omtalt anbefaler gruppen at representanter fra stat, KS/kommunene i samarbeid med de regionale helseforetakene, brukerorganisasjonene, ansattes organisasjoner og fagfeltet konkretiserer hvordan avtalen nasjonalt og lokalt bør innrettes, herunder hvordan det faglige innholdet i de lokale avtalene bør utformes. Av de utfordringer som bør søkes håndtert i lokale regionale samarbeidsavtaler, er foruten det faglige innholdet i tjenestene, også spesialisthelsetjenestens ansvar for gjensidig veiledning, opplæring og undervisning overfor personell i kommunene, bruk av ambulante team, og utvikling av klar arbeidsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste vedrørende pasienter/pasientgrupper som har særskilte behov for helhetlige tjenester. De lokale avtalene bør også inneholde bestemmelser om hvilke samarbeidsfora som skal etableres. Det bør vurderes om andre etater som f eks barnevern og PP-tjenesten bør delta her. Generelt bør det også vurderes om avtalene bør inkludere forhold som kan legge til rette for samarbeid med instanser utenfor helse- og omsorgssektoren, slik som utlendingsmyndighetene og politi.

Innhold i de lokale avtalene

Sentralt for de lokale avtalene er at de legger til rette for en god analyse av hva som er problemområder og hvilke særskilte utfordringer man står overfor på lokalt nivå. Det er viktig å identifisere og beskrive behandlingsskjedene på tvers av nivåene, plassere tydelig ansvar og lage system for forutsigbar overføring mellom ansvarsområdene Samhandling dreier seg om samarbeid mellom faglige aktører. Avtalene skal sikre at avtalepartnerne legger til rette for at de faglige aktørene har nødvendige virkemidler tilgjengelig til enhver tid for å gi et sammenhengende og profesjonelt behandlingstilbud Det er ulike samarbeidsaktører ved akuttinnleggelser etter en trafikkulykke i forhold til en overføring til hjemmet etter utskrivning etter en hjerneblødning. Det må åpnes for at en avtale skal kunne legge til rette for prosesser som søker å finne avklaringer på områder der manglende samhandling bunner i uavklart ansvar og oppgavedeling. Avtalen må også kunne forplikte konkrete tiltak som retter seg inn mot problemområder, identifisere fora for samhandling og konkretisere hvordan avtalen kan følges opp. Prosjektgruppen understreket at en viktig premiss for suksess vil være om det faglige innholdet i avtalen er tilstrekkelig relevant og retter seg inn mot de daglige utfordringene. Det bør utarbeides anbefalinger om hvilke tema som kan være aktuelle å berøre.

På bakgrunn av de eksemplene som ble presentert for gruppen vil prosjektgruppen holde frem noen områder som er identifisert som områder det bør rettes mer oppmerksomhet (de tre første er ytterligere beskrevet under pkt 4.1):

- individuell plan
- praksiskonsulentordningen
- pasientansvarlig lege

- informasjonsflyt mellom foretak og kommuner. Herunder utarbeidelse av felles informasjon om tilbud og rutiner
- Henvisninger, innhold
- Utskrivninger, planlagt og åpen retur
- Øyeblikkelig hjelp-funksjon – samhandling mellom legevaktsfunksjon og fastlegefunksjon, behov for interkommunale samarbeidsløsninger
- Samhandling rundt særlig ressurskrevende brukere som har hyppige innleggelse og/eller har store behov for kommunale tjenester
- Samhandling rundt pasienter som krever samtidig oppfølging av spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester (eks palliativ behandling ved kreftsykdommer, oppfølging av pasienter med store funksjonsutfall, oppfølging av pasienter med alvorlig psykiatriske lidelser)
- Veiledning strukturert i forhold til oppfølging av kronisk syke pasienter,
- Pasientopplæring

Oppfølging av avtalen

I prosjektgruppens mandat er det bedt om at gruppen vurderer om det er behov for særskilte grupper der samordningsbehovet gjør seg særlig sterkt gjeldende:

- Psykisk helsevern
- Rusmiddelavhengige
- Rehabilitering
- Helsetjenester til eldre
- Helsetjenester til pasienter med kroniske sykdommer
- Arbeidet med unge ut av sykehjem
- Områder der det er eller bør være etablert nasjonale strategier eller handlingsplaner, slik som kreft, diabetes, KOLS mv.

Prosjektgruppen mener at pasient- og brukerorganisasjonene på slike områder bør inviteres til å systematisere tilbakemeldingene og at innspill fra disse kan brukes både ved etablering og oppfølging av avtalene. Prosjektgruppen har som utgangspunkt lagt til grunn at brukertilbakemelding vil være mest relevant i lokalt samhandlingsarbeid, men holder åpent for at det også kan være hensiktsmessig å gjøre bruk av nasjonale grupper som kan gi mer overordnet tilbakemelding. Et opplegg for slike innspill sees på som en systematisering og målretting av dialoger som allerede er mellom myndighetsnivåene og pasient-/brukerorganisasjonene, og det forutsettes derfor at en benytter eksisterende fora og organisasjoner. Det vil ikke knyttes særskilt finansiering til ordningen.

Det legges ikke opp til at det gjennom lov skal pålegges at partene på lokalt plan inngår avtaler. Prosjektgruppen har merket seg at det normale i de foreliggende avtalene er at det ikke foreligger slik plikt, men at dette i liten grad synes å være til hinder for at det inngås lokale oppfølgingsavtaler. Det eneste unntaket så langt er samarbeidet på NAV-området. Der er det inngått rammeavtale mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet og KS samtidig som det i den nye arbeids- og velferdsforvaltningsloven slås fast at partene lokalt har plikt til å inngå avtale. Det gjør seg på dette området gjeldende helt

særskilte forutsetninger, med forutsetningen om at statlige og kommunale organer skal etablere seg i felles lokaler.

Prosjektgruppen vil understreke at de foreslåtte avtalene ikke vil endre aktørenes ansvarsposisjoner. Avtalene må praktiseres med respekt både for den statlige ansvars- og styringsstruktur og det lokale selvstyret. Og som det er pekt på foran i rapporten vil ikke avtalen føre til at det etableres noen styringskanal mellom KS og kommunene.

5. Samhandling i et bruker- og pasientperspektiv – hva kan vi oppnå?

Formålet med prosjektgruppens utredning er å fremme tiltak for at bruker/pasientgrupper som har et særskilt stort behov for at tjenester sees i sammenheng, får et bedre helsetilbud. Ofte er dette pasienter som har inngående kjennskap til – og erfaringer med – helsetjenester både i primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom mange år. I andre tilfeller er erfaringene knyttet til forhold der god pasientbehandling og oppfølging også er avhengig av samhandling med omsorgstjenesten, eller med andre offentlige tjenester. Noen er avhengig av koordinerte tjenester i en avgrenset behandlingssituasjon. Gruppen omhandler både barn og voksne, og behovet for tjenester er svært ulikt. Noen har et livslangt hjelpebehov, mens andre trenger omfattende rehabilitering med sikte på å gjenvinne mest mulig av tidligere funksjonsnivå eller et helhetlig hjelpetilbud ved avslutningen av livet når sykdommen er uhelbredelig.

Målet må være å etablere et mønster for samhandling som er kjent og brukt av helsepersonell og ledere i helsetjenesten, som er tilstrekkelig fleksibelt slik at det er enkelt å gjøre individuelle tilpasninger og som tas i bruk når det anses for å være av vesentlig betydning for pasienten.

Prosjektgruppen har funnet det hensiktsmessig å ha et eget kapittel om hva som i et pasientperspektiv kan oppnås gjennom bedre samhandling. Omtalen er også relatert til at det i mandatet er fokusert på hva som gjennom bedre samhandling kan gjøres og oppnås overfor nærmere angitte grupper. Hensikten med omtalen er å gi inspirasjon til hvordan praktiseringen av de ulike samhandlingstiltakene bør skje i pasientperspektiv. Særlig skal framheves at det i praktiseringen av de foreslåtte avtalene må legges vekt på å innhente pasienterfaring og pasientdokumentasjon om hva som er pasientbehovene, og hvordan samhandlingstiltakene bidrar til pasientbehandling og pasientoppfølging. Selv om det endelige siktemålet for alle tiltak er pasienten og pasientens behov for tjenester så vil det likevel i en del sammenhenger være hensiktsmessig å rette søkelyset mot selve koordineringen av tjenestene. I noen utstrekning gjøres dette i den etterfølgende omtalen. I disse tilfellene er det særlig viktig å ha bevissthet om at tiltakene inngår i effektkjeder rettet mot pasientbehov og at tiltakene aldri må bli mål i seg selv.

Barn og unge

De kommunale tjenestene for barn og unge er i hovedsak todelt. Barnehage, skole og fritidssektor er arenaer hvor barn og unge oppholder seg, med tilknyttede tilbud og

tjenester. Barnevernstjenesten, familievernet, fastlegen, helsestasjon - og skolehelsetjenesten, politiet og PP-tjenesten er tjenester som er utviklet for å hjelpe og støtte barn og familier.

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester er i betydelig grad avhengig av tilgjengelige tilbud for barn og unge i kommunehelsetjenesten, og i hvilken grad kommunehelsetjenesten velger å henvise videre til spesialisthelsetjenesten. Behovet for samhandling må derfor sees i sammenheng med etablering av en god og effektiv førstelinjetjeneste for barn og unge med vekt på organisering av tjenesteapparatet ut fra barns, unges og familienes behov for lave terskler, tilgjengelighet, kontinuitet og helhet.

Barn og unge med psykiske lidelser har ofte sammensatte problemer som krever bred og grundig utredning for å gi et godt behandlingstilbud. Flere undersøkelser og rapporter dokumenterer et betydelig samhandlingsbehov for å gi gruppen helhetlige tjenester. Rapporter viser bl a at fastlegen er lite involvert i forbindelse med henvisning til spesialisthelsetjenesten og oppfølging av barn og unge med psykiske problemer, mens helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten har en mer sentral rolle. Uklarhet i forhold til hvem som har ansvar kan gjøre at iverksetting av tiltak blir tilfeldige, og i stor grad avhengige av hvem man treffer i møtet med helsetjenesten. Utformingen av lokale avtaler vil være avgjørende for en bedret samhandling for barn og unge med psykiske lidelser og deres familier. Lokale samarbeidsfora bør inkludere kommunale instanser som PP-tjeneste, kommunalt barnevern, sosialtjenesten, Barne- og ungdomspsykiatrisk enhet (BUP) og barnehage/skole. I presentasjonen fra Voksne for barn ble følgende sentrale budskap framlagt: Arbeid med barn og unge krever et utstrakt samarbeid mellom mange voksne, både fagprofesjoner og foreldre. Psykisk helsearbeid er et område som omfatter mange tjenester og inkluderer innsats både på tvers av og fra flere forvaltningsnivå. I en innsats for barn og unges psykiske helse kreves det derfor omfattende samhandling. Slik tilbudene framstår i dag, oppleves de fragmentariske, tilfeldige og uten systematisk koordinering. Det er ikke behovet man har, men hvilken instans man møter, som er avgjørende for hvilket tilbud som gis. Gjennom en innhenting av erfaringene som barn og unge og deres foresatte har ved bruk av tjenestene, kan vi se hvordan tilbudene framstår. Det er brukeren som kan si om de opplever tilbudet som samordnet og effektivt nok på individuelt nivå. En systematisk innhenting av erfaringene fra brukerne er derfor påkrevet. Det er brukerens – her barn og unge og deres foresattes behov som skal være utgangspunktet for tjenestene.

Pasienter med kroniske sykdommer

Begrepet 'pasienter med kroniske sykdommer' omfatter en rekke sykdomsgrupper som har svært ulikt sykdomsforløp og store forskjeller i alvorlighetsgrad. Antallet pasienter med kroniske sykdommer er stor og økende, blant annet fordi såkalte livsstilssykdommer er i vekst, og fordi flere lever lenger med sin sykdom nå enn før. Felles for dem er at et stort antall har jevnlig kontakt både med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at flere har mange og sammensatte behov. Videre synes det å være et fellestrekk at forutsigbarhet og kontinuitet inngår som vesentlige elementer i kvaliteten på den behandlingen de mottar.

Pasienter med kroniske sykdommer trenger til dels andre tilbud fra helsetjenesten og andre samhandlingsformer enn personer med akutte tilstander. I tillegg til utredning, diagnostisering og behandling, vil vanligvis opplæring og mestring av egen sykdom stå sentralt. Prosjektgruppen viser til et enstemmig Wisløff-utvalg som har foreslått å forankre retten til pasientopplæring i pasientrettighetsloven. Denne pasientgruppen har en hverdagskompetanse på egen sykdom som helsetjenesten ikke har, og mange står selv for mesteparten av behandlingen.

Innføringen av fastlegeordningen har gitt kronikkergruppene et klart definert kontaktpunkt i helsetjenesten. Evalueringer viser at det særlig har vært en gevinst for pasienter som ofte trenger legehjelp, inkludert pasienter med kroniske lidelser.

Lokale avtaler som inneholder tiltak for bedre samhandling mellom tjenestenivåene for pasienter med kroniske lidelser, vil kunne bidra i vesentlig grad til større forutsigbarhet og kontinuitet, og dermed til bedre livskvalitet.

Habilitering /rehabilitering

Rehabilitering er et omfattende virksomhetsområde som involverer en rekke instanser og etater i og utenfor helsetjenesten, og i nært samarbeid med bruker bestemmes hvilke tiltak som skal gjennomføres. Samhandling og helhet i tjenestetilbudet er derfor helt sentralt i den enkelte bruker sin rehabiliteringsprosess, og for aktørene som skal tilby nødvendige rehabiliteringstjenester til rett tid og i riktig omfang. Gode rehabiliteringsprosesser er spesielt viktig å få til slik at ikke unge personer med nedsatt funksjonsevne mot sin vilje bosettes i sykehjem mot sin vilje.

Habiliterings- og rehabiliteringsforskriften (2001) bygger på de generelle prinsippene om fordeling av ansvar mellom tjenestenivåene. Det vil likevel finnes en gråsoner mellom det ansvaret som kommunen har for å yte re-/habiliteringstjenester og det ansvaret som påhviler spesialisthelsetjenesten. Små og store kommuner har ulikt utgangspunkt og forskjellige innretninger for samhandling. Jf. § 8 i Habiliterings- og rehabiliteringsforskriften (2001) skal det finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Dette vil være et viktig ledd i samordningen av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene. Noen ganger vil interkommunalt samarbeid kunne være en god løsning for å kunne yte gode, helhetlige tjenester. Små kommuner vil ofte kunne ha et større behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten enn større kommuner. God dialog, tillit og samarbeid mellom de berørte parter vil være vesentlige elementer for å sikre nødvendig samhandling om et helhetlig tjenestetilbud til den enkelte bruker.

Et nasjonalt avtalesystem som prosjektgruppen skisserer, vil gi samhandling en høy prioritet og gis forankring i ledelsen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Et slikt nasjonalt avtalesystem, som et overordnet nasjonalt tiltak, vil støtte opp under, og trekke

i samme retning som rehabiliteringsforskriften. Betydningen av forankring på et høyt ledelsesnivå er påpekt av rehabiliteringstjenesten som en viktig suksessfaktor.

Det vil imidlertid være av stor betydning at det nasjonale avtalesystemet makter å ta inn i seg, og løfte fram, eksisterende samhandlingsverktøy som f.eks. rehabiliteringsforskriften og forskrift om individuell plan. Dette vil være med på å understreke disse forskriftenes betydning i forhold til å sikre helhet og sammenheng i tjenesten for den enkelte bruker og for organisering av tjenesten. Gode rehabiliteringsprosesser er spesielt viktig å få til slik at ikke unge personer med nedsatt funksjonsevne mot sin vilje bosettes i sykehjem.

For å kunne gi unge personer, som er bosatt i sykehjem mot sin vilje et alternativt botilbud, er det spesielt viktig at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten fungerer best mulig. Kartleggingen gjennomført av Valnesfjord helsesportssenter i 2004 viste at bare 12 % av de kartlagte hadde fått utarbeidet individuell plan. Individuell plan er et godt verktøy for samordning både internt i kommunen og mellom forvaltningsnivåene. Utarbeidelse av individuell plan er også viktig for å forebygge at personer som ikke ønsker det blir bosatt i sykehjem.

Pleie- og omsorgstjenesten og helsetjenester til eldre

Siden sykehjemsreformen i 1988 har det skjedd en endring i retning av individualiserte og differensierte pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Hjelp som tidligere ble gitt i sykehus eller i sykehjem gis nå som hjemmetjenester i omsorgsbolig og i eget hjem. Kommunene har – etter innbyggernes ønsker – utviklet mer fleksible tilbud basert på brukernes behov for bistand og hjelp. Utviklingen stiller store krav til både organisering, økonomi og kompetanse i kommunene. Men det stiller også krav til bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Den demografiske utviklingen fremover med en stor vekst i eldrebefolkningen vil forsterke kravet til denne samhandlingen.

Et markant utviklingstrekk innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de senere årene er at antall brukere under 67 år øker mye. Det er klart at dette presser tjenesteapparatet. Helsereformen, psykiatireformen og en økning i antall ressurskrevende brukere kan være medvirkende årsaker til den sterke veksten i antall yngre brukere. For å sikre tilstrekkelig tilgang på omsorgs- og helsetjenester til eldre, må det utvikles et godt samspill mellom spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene. Det vises for øvrig til at det mellom stat og KS pågår en egen prosess på temaet, og det er framhevet at det trengs mer dokumentasjon.

En godt fungerende pleie- og omsorgstjeneste med stor andel hjemmebaserte tjenester er i dag avhengig av et godt samarbeid mellom institusjonstjenesten, hjemmetjenesten og legetjenesten. God behandling og oppfølging av eldre forutsetter et fleksibelt samspill mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Et avtalesystem der det i en nasjonal rammeavtale settes et systematisk søkelys på hvilke faktorer som må håndteres i et slikt

samarbeid og der det i lokale oppfølgingsavtaler etableres konkrete samarbeidssystemer, vil være et godt bidrag for bedre samhandling.

Palliativ behandling

For pasienter med behov for palliative tilbud vil behandlingene ofte være kompetansekrevende, men veksle gjennom hele sykdomsforløpet. Den som mottar palliativ behandling skal få muligheten til å være mest mulig hjemme dersom vedkommende ønsker det. Behandlingen bør tilpasses den enkelte og oppleves sammenhengende og helhetlig. Det er derfor nødvendig å iverksette tiltak som bygger broer over de organisatoriske grensesnittene. Skal overgangen mellom tjenestenivåene og samtidig samarbeid på samme tjenestenivå oppleves sammenhengende og helhetlig for pasienten, må ansvarsforholdene for de ulike oppgavene være klare og omforente gjennom hele pasientforløpet. Det må være klare rutiner for informasjonsutveksling slik at det helsepersonellet som til enhver tid behandler og pleier pasienten er oppdatert, og pasienten og pårørende må være innlevd i det avtalte pasientforløpet osv.

I presentasjonen fra Bærum kommune og Helse Asker og Bærum ble prosjektgruppen blant annet orientert om handlingsplanen som er utarbeidet for alvorlig syke og døende i Asker og Bærum. Planen inneholder 13 tiltak som vi gjengir her:

Organisering av behandlingsskjeden

1. Fastlegene skal ha beskjed ved innleggelse
2. Nettverksmøte på sykehuset ved utskrivning. Ansvarsforhold og plan for pasienten, utpeke koordinator
3. Samarbeidsmøte i pasientens eget hjem
4. Nettverk av ressurspsykepleiere mellom helseforetaket og kommunene
5. Fastlegerollen tema for ALU/LSU
6. Kompetansetiltak: legeseminar rettet mot fastleger og sykehjemsleger
7. Systematisk veiledning av leger som jobber med alvorlig syke og døende

Tilrettelegging i eget hjem

8. Alle distrikt eller soner skal ha tilgjengelig sykepleier med spesialkompetanse
9. Avtale om besøksordning av lege i pasientens eget hjem
10. Det oppretter et felles kompetansesenter for opplæring og veiledning av eget personell
11. Sykehuset tilrettelegger noe av veiledning i kommunen dersom dette er ønskelig

Tilrettelegging i sykehjem

12. Alle sykehjem i Asker og Bærum får tilbud om kurs og veiledning i lindrende behandling.
13. Kommunene skal ha en enhet i sykehjem eller annen egnet institusjon øremerket lindrende behandling og behovene til den palliative pasient og dennes pårørende. Enheten skal gi tilbud til pasienter som trenger lindrende behandling, pleie og omsorg ut over det en vanlig sykehjemsavdeling kan tilby.

Et nasjonalt avtalesystem mellom stat og kommunene som følges opp med regionale og lokale avtaler og tiltak, vil være et godt rammeverk for en bedre systematikk i oppfølgingen av denne pasientgruppen. Videre er det viktig at de konkrete avtalene og tiltakene om samhandling klargjør ansvarsposisjoner, arbeidsoppgaver og kommunikasjonslinjer for det utøvende ledd i helsetjenesten

Behandling av rusmiddelavhengige

Mange rusmiddelavhengige har i tillegg til sitt rusproblem/avhengighetstilstand, andre problemer og behov som årsak til og/eller som følge av rusavhengigheten. Fafo-rapporten *Levekår blant innsatte* (2004), konkluderer med at opphopning av levekårsproblemer er omfattende blant rusmiddelavhengige, og jo tyngre misbruk, desto flere levekårsproblemer. Dette innebærer at belastninger og problemer som følger av og/eller som begrunner misbruket, øker i takt med økende misbruk. Særlig innebærer dette til de dels omfattende helseproblemer (som kroniske sykdomstilstander, psykiske lidelser, infeksjoner, hepatitt, HIV, tannhelse- og ernæringsproblemer) og sosiale problemer (f.eks. problemer knyttet til bolig, inntekt/utdanning, gjeld, nettverk). Dette kommer i tillegg til et ofte komplisert avhengighetsbilde (blandingsmisbruk, medikamentbruk) og gjentatte avbrutte behandlingsforsøk. Mange rusmiddelavhengige vil derfor ha behov for et sammensatt tjenestetilbud, dvs. bistand og tjenester fra ulike

fagområder innenfor samme nivå og på ulike nivå innenfor helse-, sosial- og omsorgssektoren. Bruken av ansvarsgrupper i oppfølgingen av rusmiddelavhengige er relativt utbredt i rusomsorgen og har lenge speilet nødvendigheten av et helhetlig og samhandlende tjenestesett. Samarbeid og samhandling er således avgjørende for gode behandlingsresultater for denne gruppen.

Med rusreformen har rusmiddelavhengige har fått pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Både sosialtjeneste (som tidligere hadde eneansvar for innsøking i institusjon) og fastlegen har adgang til å henvise til rusbehandling. Kvaliteten på henvisningene og grad og kvalitet av samarbeid/samordning mellom henvisende instanser (sosialtjeneste og fastlege), vil være avgjørende for å sikre best mulige vurderinger og henvisninger inn i spesialisthelsetjenesten.

Rusreformen er enda ikke evaluert, men mye tyder på at denne gir noen nye samhandlingsutfordringer. På primærnivå vil det med to henvisende instanser (sosialtjeneste og fastlege) være behov for kontakt og samarbeid rundt felles klienter/pasienter i forbindelse med henvisning og oppfølging etter spesialisert behandling. Et nødvendig samarbeid mellom nivåene – kommunene og spesialisthelsetjenesten som har fått rusfeltet som nytt ansvarsområde, må etableres og utvikles for å sikre et tverrfaglig og helhetlig godt behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Rusmiddelavhengiges, svært ofte sammensatte problemer og behov (avhengighet, psykiske lidelser, somatiske, sosiale problemer), innebærer at samarbeid blir en forutsetning for å kunne møte, behandle og følge opp gruppen på en tilfredsstillende måte. En helhetlig styrking faglig sett både av helsetjenestetilbudet til rusmiddelavhengige og det sosialfaglige tilbudet, slik rusreformen forutsetter, betyr at de ulike disipliner i større grad må samarbeide og samordne sine tjenester mot felles brukere. Et nasjonalt avtalesystem og lokale avtaler vil i tillegg til å gi økt fokus på utfordringene på området, være et viktig og mer gjennomgripende supplement til etablerte virkemidler for å sikre helhet, forutsigbarhet og klargjøring av ansvar.

6 Videre prosess

Prosjektgruppen tilrår følgende oppfølging:

- At regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet og kommunene ved KS bestemmer seg for å inngå en avtale med forankring i konsultasjonsordningen. En slik avklaring vil gi grunnlag for å iverksette det oppfølgingsarbeidet som beskrives nedenfor.
- Som oppfølging til avtalen anbefaler gruppen at Helse- og omsorgsdepartementet og KS/kommunene inviteres til samarbeid med de regionale helseforetakene, brukerorganisasjonene ansattes organisasjoner og fagfeltet iverksetter et forberedelsesprosjekt der det konkretiseres hvordan avtalen bør innrettes, herunder veiledningsmateriale for det faglige innholdet i de lokale avtalene. Denne gjennomgangen må også klargjøre grensene til eksisterende

avtaleordninger, slik som avtaleoppleggene mellom kommunene, KS og Legeforeningen om fastlegeordningen. Prosjektgruppens forslag bygger på at de nye avtalene som foreslås ikke skal endre på forhold som i dag reguleres av slike inngåtte avtaler. Det må legges vekt på at avtalene får tilstrekkelig behandling og forankring i de berørte organisasjonene og i videre prosess må det legges til rette for nødvendig høring i organisasjonene. Det understrekes at det vil være Helse- og omsorgsdepartementet og KS som vil være den nasjonale avtalens parter, men prosjektgruppen legger til grunn at avtalen ikke vil gi de tilsiktede effekter uten at den praktiseres i nært samarbeid med involverte grupper.

- Inngåelse av lokale - og så langt som det er ønsket – regionale avtaler. I de tilfeller der det allerede foreligger avtaler, bør det finnes praktiske måter å tilpasse avtalene til retningslinjene som skisseres i den nasjonale avtalen.

VEDLEGG

Mønsteravtale⁶

Samarbeidsavtale mellom [*alle involverte departementer*] og KS om [tema].

1. Formålet med avtalen

- Det bør gå tydelig fram hva som er bakgrunnen for, og målsetningene med, samarbeidsavtalen. Dersom det kan defineres konkrete målsetninger til samarbeidet, bør disse framgå her.
- Dersom samarbeidsavtalen benyttes istedenfor andre, sterke styringsmidler, kan dette med fordel også framgå her.

2. Partenes forpliktelser⁷

- Punktet kan deles inn i underpunkt:
 - Partenes felles plikter
 - KS' plikter
 - Statens plikter

3. Økonomi

- Dersom det er knyttet ekstraordinær ressurstilgang eller økonomiske rammer til avtalene, bør dette framgå av avtalene
- Det bør også framgå hva en eventuell økonomisk kompensasjon er knyttet til

4. Evaluering

- Det bør framgå at avtalen skal evalueres. Om mulig bør det også gå fram hvordan evalueringen skal foregå, og om det er særskilte forhold ved avtalen som skal evalueres.
- Det bør framgå at status for, og evaluering av avtalen skal gjennomgås på det 3. konsultasjonsmøtet hvert år

5. Varighet og oppsigelse

- Tidspunkt for ikrafttredelse og avtalens varighet må gå klart fram
- Avtalens varighet bør som hovedregel ikke gå ut over inneværende Stortingsperiode

⁶ Utarbeidet av arbeidsgruppe mellom staten og KS i 2006.

⁷ Det er i rapporten pekt på at det i det videre arbeidet med avtaler må vises stor oppmerksomhet om hva som skal skje dersom avtalte punkter ikke blir fulgt opp av partene.

- Dersom det skal være en viss oppsigelsestid, må dette gå fram her

6. Underskrifter

- Avtalen signeres av KS' leder og berørte statsråder. Eksempel: "Ola Normann, statsråd, Kunnskapsdepartementet"

Konsultasjonsordningen⁸

Konsultasjoner mellom staten og kommunesektoren

Regjeringen har et mål om å utvikle nye styringsformer mellom stat og kommunesektor basert på dialog og medvirkning. Et sentralt tiltak i denne sammenhengen er ordningen med konsultasjoner mellom staten v/regjeringen og kommunesektoren v/KS om kommuneopplegget i statsbudsjettet.

Konsultasjonene bygger på en felles forståelse av at det er Stortingets og regjeringens ansvar å fastsette de økonomiske og politiske målene for kommunesektoren. Konsultasjonene har således ikke til hensikt å redusere mulighetene for nasjonal styring, men siktemålet er å gjøre styringen mer hensiktsmessig. Noe av det man ønsker å oppnå med konsultasjoner, er å etablere prosedyrer som på den ene side tar hensyn til behov for å markere nasjonale mål som angår de sentrale velferdspolitiske oppgavene som utføres av kommunesektoren, og på den annen side medvirke til at vi kan ta ut de positive effektene av et mål-, ramme- og resultatstyringssystem.

Konsultasjonene skal i prinsippet omfatte alle områder som har økonomiske konsekvenser for kommunesektoren. Det vil likevel i første omgang være nødvendig å konsentrere konsultasjonene om utvalgte temaer, særlig knyttet til tjenesteproduksjon.

Konsultasjonsordningen skal bidra til å nå følgende seks mål:

- Felles forståelse mellom staten og kommunesektoren om de oppgaver som kan realiseres innenfor en gitt inntektsramme. Dette kan bidra til å lette den finanspolitiske styringen av kommunesektoren.
- Konsultasjoner om prioritering av kommunesektorens ressursbruk kan bidra til å redusere statlig styring gjennom regelverk og øremerking.
- Økt lokal frihet i oppgaveløsningen kan gi mer effektiv ressursbruk og styrke lokaldemokratiet.
- Konsultasjoner kan bidra til å gi kommunesektoren mer stabile og forutsigbare rammebetingelser.
- Bedre informasjonsgrunnlag for regjeringens og Stortingets utforming av den nasjonale styringen av kommunesektoren.
- Gjennomsiktighet ved at metodikk og kalkulasjoner er forståelige, konsistente og etterprøvbare.

Etter prøveåret 2000 er konsultasjonene videreført som en fast ordning. Det avholdes fire møter i året (januar, april, august og oktober), og til det siste møtet utarbeides det et fellesdokument like etter at statsbudsjettet legges frem. I tillegg skjer det løpende bilaterale konsultasjoner mellom KS og fagdepartementene.

⁸ Kommunal- og regionalministeren har ansvaret for ordningen. Nærmere informasjon om ordningen, referater mv finnes på Kommunal- og regionaldepartementets nettside:
<http://www.odin.no/krd/norsk/tema/kommune/konsultasjoner/016051-990558/dok-bn.html>