

**Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste. NØU
2005: 3 Høring**

Utvalgssaksnr	Utvalg	Møtedato
011/05	Levekårsutvalget	18.05.05

Rådmannens innstilling:

Tinn kommune avgir følgende høring:

1. Likeverdighet og rammebetingelser

Vi sier oss fornøyd med utvalgets vektlegging av likeverdighet. Likeverdighet i samhandlingsrelasjoner forutsetter god kunnskap om hverandres tjenester, og forutsigbare økonomiske rammebetingelser som stimulerer tjenestenivåene til samarbeid og ikke til oppgaveforskyving. *Det er i dag ikke et likeverdig system. Helseforetakene kan fakturere 1.linjetjenesten for overliggedøgn, men 1.linjetjenesten har ingen pressmidler for å få tilstrekkelig tilbud fra 2.linjetjenesten til pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester, som blant annet geriatriske pasienter, psykiatri og rusomsorg.*

Dette tilsier at det i betydelig større grad enn i dag må sikres medvirkning og samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten om oppgaver og tjenesteutøvelse hvor det ene tjenestenivåets beslutninger medfører at andre tjenestenivåer får flere oppgaver og/eller store utgifter, som for eksempel i vurderingen av utskrivingsklare pasienter.

2. Prioritering av grupper

Ressurskrevende pasienter må få økt status i 2.linjetjenesten (for eksempel syke eldre og kronikere). Dagens finansieringssystem til sykehusene fordreier helsebehandlingsbildet.

3. Lokal selvbestemmelse

Den lokale selvbestemmelsen må sikres og ikke svekkes, og det må tas hensyn til at kommunene er svært ulike i forhold til befolkning og alderssammensetning, og dermed også i tjenesteprofil.

4. Pasient- og brukerrettigheter

Utvalget fremmer flere forslag om å styrke rettighetslovgivningen, blant annet ved forslag om å utvide pasientombudsordningen, og en sterkere lovfesting av brukerdeltakelsen. Vi tror at tilstrekkelige ressurser til å løse pålagte oppgaver er bedre enn en styrket rettighetslovgivning. Etter vår mening er dagens ordning med rettigheter gjennom pasientlovgivning tilstrekkelig, og at pasientombud også for kommunene vil bidra til mer "advokatmat" (økte kostnader for pasientene), pålagt administrasjon (flere planer og mer rapportering), økt byråkrati (mer papir) og flere tilsyn. Det er meget ressurskrevende for kommunene å stadig måtte søke/rapportere for å få økonomiske ressurser til utviklingsarbeid.

5. Styrket pasientopplæring

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg i
S.nr. 200500444 - 13

Dette prinsippet gjelder også brukermedvirkning. Det er viktig at innbyggerne ikke blir gisler eller symboler for kommuner og/eller faggrupper, men at det er opp til hver kommune og finne gode lokale løsninger som styrker brukerperspektivet. Vi slutter oss til utvalgets forslag om å styrke pasientopplæringen og dermed hjelp til selvhjelp.

6. Pasientansvarlig lege

Ordningen med pasientansvarlig lege i 2.linjetjenesten må opprettholdes og forsterkes, og ikke svekkes slik utvalget foreslår. Dette er særlig viktig for pasienter med sammensatte problemer, og som veksler mellom fastlege, sykehus og kommunehelsetjenester. Ordningen med pasientansvarlig lege bør også utvides til pasientansvarlig sykepleier, og turnussystemer bør i større grad enn i dag tilpasses brukernes behov for kontinuitet.

7. statlig ansvar for et helhetlig IKT system

Godt samarbeid mellom pasient og de ulike tjenestenivåene forutsetter et velutviklet og framtidsrettet elektronisk informasjonssystem. Staten må rydde opp i de ulike pasientopplysningssystemene og prioritere dette arbeidet. Fragmentert ansvar og mange ulike fagpersoner å forholde seg til, er en av de største kvalitetsutfordringene i helsetjenesten både i 1. og 2.linjen.

Behandling i Levekårsutvalget 18.05.2005:

Rådmannens innstilling til høringen ble enstemmig vedtatt

Vedtak i Levekårsutvalget - 18.05.2005:

Tinn kommune avgir følgende høring:

1. Likeverdighet og rammebetingelser

Vi sier oss fornøyd med utvalgets vektlegging av likeverdighet. Likeverdighet i samhandlingsrelasjoner forutsetter god kunnskap om hverandres tjenester, og forutsigbare økonomiske rammebetingelser som stimulerer tjenestenivåene til samarbeid og ikke til oppgaveforskyving. *Det er i dag ikke et likeverdig system. Helseforetakene kan fakturere 1.linjetjenesten for overliggedøgn, men 1.linjetjenesten har ingen pressmidler for å få tilstrekkelig tilbud fra 2.linjetjenesten til pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester, som blant annet geriatrike pasienter, psykiatri og rusomsorg.*

Dette tilsier at det i betydelig større grad enn i dag må sikres medvirkning og samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten om oppgaver og tjenesteutøvelse hvor det ene tjenestenivåets beslutninger medfører at andre tjenestenivåer får flere oppgaver og/eller store utgifter, som for eksempel i vurderingen av utskrivingsklare pasienter.

2. Prioritering av grupper

Ressurskrevende pasienter må få økt status i 2.linjetjenesten (for eksempel syke eldre og kronikere). Dagens finansieringssystem til sykehusene fordreier helsebehandlingsbildet.

3. Lokal selvbestemmelse

Den lokale selvbestemmelsen må sikres og ikke svekkes, og det må tas hensyn til at kommunene er svært ulike i forhold til befolkning og alderssammensetning, og dermed også i tjenesteprofil.

4. Pasient- og brukerrettigheter

Utvalget fremmer flere forslag om å styrke rettighetslovgivningen, blant annet ved forslag om å utvide pasientombudsordningen, og en sterkere lovfesting av brukerdeltakelsen. Vi tror at tilstrekkelige ressurser til å løse pålagte oppgaver er bedre enn en styrket rettighetslovgivning. Etter vår mening er dagens ordning med rettigheter gjennom pasientlovgivning tilstrekkelig, og at pasientombud også for kommunene vil bidra til mer "advokatmat" (økte kostnader for pasientene), pålagt administrasjon (flere planer og mer rapportering), økt byråkrati (mer papir) og flere tilsyn. Det er meget ressurskrevende for kommunene å stadig måtte søke/rapportere for å få økonomiske ressurser til utviklingsarbeid.

5. Styrket pasientopplæring

Dette prinsippet gjelder også brukermedvirkning. Det er viktig at innbyggerne ikke blir gisler eller symboler for kommuner og/eller faggrupper, men at det er opp til hver kommune og finne gode lokale løsninger som styrker brukerperspektivet. Vi slutter oss til utvalgets forslag om å styrke pasientopplæringen og dermed hjelp til selvhjelp.

6. Pasientansvarlig lege

Ordningen med pasientansvarlig lege i 2.linjetjenesten må opprettholdes og forsterkes, og ikke svekkes slik utvalget foreslår. Dette er særlig viktig for pasienter med sammensatte problemer, og som veksler mellom fastlege, sykehus og kommunehelsetjenester. Ordningen med pasientansvarlig lege bør også utvides til pasientansvarlig sykepleier, og turnussystemer bør i større grad enn i dag tilpasses brukernes behov for kontinuitet.

7. statlig ansvar for et helhetlig IKT system

Godt samarbeid mellom pasient og de ulike tjenestenivåene forutsetter et velutviklet og framtidsrettet elektronisk informasjonssystem. Staten må rydde opp i de ulike pasientopplysningssystemene og prioritere dette arbeidet. Fragmentert ansvar og mange ulike fagpersoner å forholde seg til, er en av de største kvalitetsutfordringene i helsetjenesten både i 1. og 2.linjen.

Dokumenter i saken

I	Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste. NØU 2005: 3 Høring	KS Buskerud, Telemark, Vestfold
S	Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste. NØU 2005: 3 Høring	KS Buskerud, Telemark, Vestfold

Innledning:

Vi viser til brev fra Helse og Omsorgsdepartementet datert 1.mars 2005 vedr. høring på NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste". Høringsbrev og sammendrag følger som vedlegg.

For å bistå kommunene i høringsarbeidet har KS i Buskerud, Telemark og Vestfold oppnevnt en arbeidsgruppe til å utarbeide et forslag til høringsuttalelse.

Arbeidsgruppen har bestått av 2 repr. fra hvert fylke oppnevnt av rådmannsutvalg eller fylkestyret:

Buskerud:	Einar Braaten, kommunelege, Øvre Eiker Dagfinn Westad, rådmannens stab, Ringerike kommune
Telemark:	Turid Opedal, fylkestyremedlem, KS Telemark Magni Bough Jensen, enhetsleder, Skien kommune
Vestfold:	Karen Kaasa, kommunalsjef, Nøtterøy kommune Gisle Dahn, rådmann, Sandefjord kommune

KS anbefaler å bruke arbeidsgruppas høringsutkast som mal. Dette er gjort i det videre fremlegg.

Saksopplysninger

Ved kongelig resolusjon 17. oktober 2003 ble det nedsatt et utvalg for å utrede og foreslå tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenestene mellom første- og andrelinjen (Wisløff-utvalget). Utvalget leverte i januar 2005 sin innstilling; NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste".

Departementet ber spesielt om kommentarer knyttet til følgende områder:

- økonomiske og organisatoriske rammebetingelser
- forslag knyttet til pasientperspektivet
- forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

Vedlegg

- høringsbrev
- NOU 2005:3, kap.2 sammendrag

Særutskrift sendes:

Helse- og omsorgsdepartementet
Helsesjefen

Høringsbrev

Deres ref

Vår ref

Dato

200500444

01.03.2005

NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt –en sammenhengende helsetjeneste"

Ved kongelig resolusjon 17. oktober 2003 ble det nedsatt et utvalg for å utrede og foreslå tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenestene mellom første- og andrelinjen (Wisløff-utvalget). Utvalget leverte i januar 2005 sin innstilling; NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste".

Utvalgets innstilling sendes med dette på høring, jf. vedlagte høringsliste.

Høringsfristen er satt til 1. juni. 2005.

Departementet ber generelt om høringsinstansenes syn på innstillingens vurderinger og forslag til tiltak. Høringsinstansene bes spesielt kommentere på følgende:

1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Utvalget oppfatter at styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten er skjevt og foreslår enkelte tiltak for å bøte på denne skjevheten. Departementet ber om høringsinstansenes syn på om og hvordan rammebetingelsene for tjenestene påvirker styrkeforholdet mellom tjenestenivåene. Vi ber høringsinstansene kommentere de forslag som skal kompensere for disse skjevhetene og evt. foreslå andre forslag med tilsvarende formål.

Utvalget beskriver i kap. 5 en utvikling der presset på bl.a. kommunale tjenester øker. Departementet ber om høringsinstansenes kommentarer til utvalgets beskrivelser av årsakene til, og omfanget av en slik utvikling.

Departementet ber også om særlige tilbakemeldinger på forslaget om sameie av tjenestearenaer mellom kommuner og helseforetak, jf. kap. 10.4.2.

2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

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

3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

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

Utvalgets konklusjon i del III er at samhandling kan svikte både på individ- og på ledelses- og systemnivå. Departementet vurderer flere av forslagene i innstillingen til å være av en slik karakter at de er oppfordringer til aktørene lokalt, både på individ- og på ledernivå. Her kan aktørene på eget initiativ sette i gang tiltak, eventuelt søke kunnskap fra steder som representerer gode eksempler. Departementet er interessert i å få kunnskap om slike gode eksempler.

Departementet ber høringsinstansene nummerere tilbakemeldingene i høringssvarene i pkt 1-3 som indikert ovenfor.

Ett eksemplar av utredningen følger vedlagt. Flere eksemplarer av utredningen kan bestilles. Offentlige virksomheter (kommunale, fylkeskommunale eller statlige) kan henvende seg til Statens forvaltningstjeneste på www.publikasjoner.dep.no eller e-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no. Ikke-offentlige virksomheter og privatpersoner kan henvende seg til Akademika, telefon 800 80 960 (www.akademika.no), eller departementet for bestilling. Innstillingen legges i tillegg ut på departementets internettside www.odin.no.

Med vennlig hilsen

Andreas Disen e.f.
ekspedisjonssjef

Kjell Røynesdal
avdelingsdirektør

Kapittel 2

Sammendrag

Helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå som henholdsvis er forankret i kommunene og de statlige foretakene. Men også innenfor foretakene og kommunene er det en rekke organisatorske inndelinger. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre sektorer, f.eks trygdekontor, sosialtjeneste og skole. Dette gjør at det er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre både innen og utenfor helsetjenesten.

Det er en stor oppgave å dekke alle disse samhandlingsutfordringene med presis analyse og forslag til tiltak. Det finnes sjelden ett enkelt svar på så vidt kompliserte problemstillinger. Utvalget har ved hjelp av foreliggende dokumentasjon, innspill fra helsetjenesten, brukere og organisasjoner fått mye informasjon og har vurdert helsetjenesten i samsvar med mandatet. Utvalget håper anbefalingene kan være til inspirasjon for endringer i helsetjenesten, både på lokalt og sentralt nivå.

2.1 Forutsetninger for god samhandling

2.1.1 Verdigrunnlaget

Møtet mellom pasient og tjenesteyter er selve testen på verdigrunnlaget for helsetjenesten, jf. St.meld. nr. 26(1999-2000). Det er ofte de mest sårbare og vanskelig stilte pasientene som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Fellesnevneren for dem som har et særskilt behov for samhandling er at de har et behandlings- og omsorgsbehov ingen av tjenesteyterne kan løse alene. Det er viktig at tjenesteyterne i slike situasjoner møter pasientene med et helhetlig menneskesyn og med et tjenesteperspektiv som går ut over den enkelte avdeling eller institusjon.

Brukermedvirkning er både en verdi og en strategi for helsetjenesten. Helsetjenestens verdigrunnlag må ta utgangspunkt i at pasienten har ønske om og kompetanse til å gjøre sine egne valg. I et demokratisk perspektiv må det også sees på som en rettighet at vi som borgere kan øve innflytelse på beslutningssystemene.

2.1.2 Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten

Primærhelsetjenesten er selve fundamentet i helsetjenesten. En forankring av helsetjenesten i kommunene skal bidra til helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. Den skal også bidra til riktig prioritering av ressursene og sikre behandling på riktig nivå.

Utvalget vil spesielt peke på at fastlegene er en viktig del av primærhelsetjenesten. Fastlegen skal ha et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientenes situasjon og har en rolle som portvakt og portåpner til det mer spesialiserte nivå. Dette gir fastlegen en naturlig rolle i samhandlingen. Dette innebærer alt fra samhandling med ulike kommunale instanser til samhandling med en sammensatt spesialisthelsetjeneste.

Selv om det synes å være stor faglig og politisk enighet om betydningen av primærhelsetjenesten og den rolle den skal ha, observeres i dag en stor tyngdekraft mot spesialisthelsetjenesten, både i forhold til tildeling av ressurser og omtale. Utvalget mener at kommunehelsetjenesten må gis større oppmerksomhet.

2.1.3 Det må være likeverdighet mellom aktørene

Helsetjenesten må bygge på at aktørene har gjensidig respekt og tillit til hverandre. Dette må gjelde mellom kommuner og foretak, og mellom tjenesteytere på tvers av fagkompetanse og erfaring. Spesialiseringen og kunnskapsutviklingen i helsetjenesten betyr at stadig flere yrkesgrupper og spesialister må yte sine delbidrag inn i en helhet. Det er ingen yrkesgruppe som har spesialkompetanse på helheten. Forutsetningen for god samhandling er at de ulike aktørene har en faglig kompetanse å bringe inn i samhandlingen og at denne kompetansen blir anerkjent. Likeverdighetstekningen må være utgangspunktet for samarbeid på alle nivå i helsetjenesten.

2.1.4 Tjenestene må være faglig gode og trygge

God kvalitet i tjenestene forutsetter ofte god samhandling mellom tjenesteutøvere. Men tjenestene må også hver for seg være faglig gode og trygge. En god helsetjeneste forutsetter at den enkelte tjenesteutøver innretter tilbudet i samsvar med nasjonale standarder, basert på kunnskap om hva som gir god effekt og god ressursutnyttelse og basert på gjeldende myndighetskrav på området. Utøvelsen av helsetjenestene skal tilstrebe best mulig praksis innen fagområdene.

2.2 utfordringene

Utvalgets analyse viser at det er en stor bredde i hvordan samhandling fungerer. Det er mange eksempler på god samhandling og det er områder hvor svikten er betydelig. Utvalgets vurdering er at samhandling svikter både på individnivå og på systemnivå. Dette utgangspunktet gir ikke ett enkelt svar på hvordan man kan få til bedre samhandling.

Samhandlingen kan svikte for alle typer av pasienter i alle overganger. På noen områder er imidlertid utfordringene spesielt store. Det gjelder pasientgrupper med store behov for samhandling hvor ingen av tjenestenivåene alene kan løse utfordringene. Utvalget har måttet konsentrere seg om problemer som kan være felles og gjennomgående for de fleste pasientene, men vil likevel nevne disse gruppene spesielt:

- kreftpasienter
- eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt)
- terminalt syke pasienter (palliativ omsorg)
- kronisk syke (hjerte- og lungesyke, sukkersyke, slagpasienter, demente m.fl.)
- psykisk syke
- rusmisbrukere

En økende andel eldre påvirker mange sykdomsgrupper. Selv om mange eldre er ved god helse, har helsetilstand og sykkelighet en relativt sterk aldersgradient. Med økende alder øker også andelen med sammensatte og kroniske sykdommer i befolkningen. Eldrebølgen vil i de kommende tiårene medføre store utfordringer for helse- og omsorgstjenester til eldre og kronisk syke og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. Med mindre det blir en større forbedring av eldres helsetilstand, vil tjenestebehovene øke ytterligere.

Samtidig pågår en økende spesialisering og organisatorisk oppsplitting av helsetjenesten.

Det er samhandlingsutfordringer både på systemnivå og på individnivå. 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. Utvalgets samlede forslag kan derfor sees på som et ønske om en innholdsreform i helsetjenesten.

2.3 Utvalgets anbefalinger

Utvalgets forslag til tiltak kan oppsummeres til tre hovedområder, tiltak som styrker pasientperspektivet, tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne og tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser.

2.3.1 Pasientperspektivet i helsetjenesten

Alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette innebærer også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Det er utvalgets oppfatning at mye manglende samhandling skyldes manglende oppmerksomhet på helheten. Pasientperspektivet skal ikke bare ligge til grunn for de som yter tjenester direkte til pasientene. Også tilretteleggere og planleggere av helsetjenestene på ulike nivå må arbeide med dette som utgangspunkt.

Brukermedvirkning

I tillegg til den enkeltes rett til medvirkning, er det nødvendig å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning. Målet er å utvikle tjenester og tilbud som er tilpasset brukergruppens behov. I spesialisthelsetjenesten reguleres dette i helseforetaksloven § 35. Med utgangspunkt i disse bestemmelsene er det etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen av samtlige regionale helseforetak, og etter hvert også i de enkelte helseforetak. Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven.

Individuell plan

Utvalgets vurdering er at individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling i helsetjenesten. Utvalget viser imidlertid til manglende oppfyllelse av denne rettigheten og foreslår derfor noen forbedringstiltak. Retten til individuell plan er fremdeles lite kjent, Utvalget foreslår at det iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov.

Pasienten har krav på én individuell plan etter helse- og sosiallovgivningen. 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, lege-spesialister 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 mener kravet om utarbeiding av individuell plan må følges bedre opp gjennom helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer/ internkontrollsystemer. Utvalget foreslår en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan for alle kommuner og foretak.

Pasientansvarlig lege

En pasientansvarlig lege er først og fremst nødvendig for pasienter som har behov for mange undersøkelser og flere spesialistvurderinger. Utvalgets vurdering er at manglende oppfølging av tiltaket delvis kan forklares av den manglende treffsikkerhet ordningen har. 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.

Pasientopplæring og informasjon

Medisinsk behandling kan ikke avhjelpe alle helseproblemer. I takt med økende levealder i befolkningen vil et økende antall mennesker måtte leve resten av sitt liv med ulike grader av kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse. Utvalget foreslår at retten til pasientopplæring må forankres som en individuell rettighet i pasientrettighetsloven.

Lærings og mestringsentra fungerer som et viktig opplæringstilbud til personer som har kronisk sykdom/funksjonshemming og bør videreutvikles som en møteplass for brukerorganisasjoner og helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslår at lærings- og mestringskompetansen gis en mer robust finansiering og at det settes av utviklingsmidler som kan stimulere til økt innsats i kommunehelsetjenesten.

På de fleste samfunnsområder er det lagt godt til rette for at befolkningen kan skaffe seg relevant informasjon via internett. Utvalgets vurdering er at det her ligger et uutnyttet potensiale for bedre samhandling med pasienten. De pasientgruppene som utvalget har hatt oppmerksomhet på trenger imidlertid også andre informasjonstiltak. Ofte er det for disse pasientgruppene informasjonen svikter

mest. Utvalget foreslår at helsetjenesten, sammen med brukerorganisasjonene, styrker informasjonen til pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon.

Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten

Pasientombudene har i dag ikke mandat til å behandle henvendelser som gjelder kommunehelsetjenestene eller sosialtjenestene. Utvalget foreslår at dagens ordning med pasientombud utvides til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og tjenester etter sosialtjenesteloven.

Helsetilsynets virksomhet er særlig viktig for å sikre at samhandlingsperspektivet blir ivaretatt. Mange tilsynsrapporter har rettet oppmerksomheten på mulig svikt i samhandlingen. Utvalget har merket seg at Aaslandutvalget (NOU 2004: 17) ønsker å overføre tilsynet med kommunenes helsetjenester til Fylkesmannen. Utvalgets vurdering er at en slik overføring i praksis vil føre til et todelt tilsynsansvar og at samhandlingsperspektivet som en konsekvens blir dårligere ivaretatt.

2.3.2 Samhandlingen mellom tjenesteutøverne

Utvalget foreslår og anbefaler enkelte tiltak som mer direkte påvirker samhandlingen mellom tjenesteutøverne. Utvalgets anbefalinger er delvis oppfordringer til helsetjenestens ulike utøvende ledd, mens andre anbefalinger må følges opp i form av nasjonale tiltak og eventuelt forankres i lover og forskrifter.

Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen

Etter utvalgets oppfatning er det nødvendig å styrke legetjenestens rolle i forhold til samhandlingsutfordringene. For fastlegen gjelder det individrettet arbeid overfor personer med store og sammensatte behov, samt tiltak som styrker det offentlige legearbeidet og da særlig legetjenesten i sykehjem. I første rekke dreier dette seg om tiltak som bidrar til at fastlegens ansvar blir tydeligere og mer forpliktende.

Utvalget mener at det offentlige legearbeidet har kommet svekket ut etter innføringen av fastlegeordningen. Dels fordi kommunene ikke har satset på dette, dels skyldes det legenes uvilje til å påta seg slikt arbeid. Utvalget mener at fastlegene gjennom å medvirke i dette arbeidet får en økt forståelse for bredden i det kommunale helse- og omsorgsarbeidet. Utvalget mener dette har betydning for deres forståelse for og trening i tverrfaglig samarbeid og samhandling.

Utvalget anbefaler kommunen å utnytte de 7,5 timene som fastlegene i henhold til avtalen kan tilpliktes. Utvalget mener at kommunene må gis mulighet til å tilby kombinerte løsninger for eksempel bestående av deltids fastlegepraksis og offentlig legearbeid. Utvalget mener at avtaleverket må åpne for at kommunene kan fastsette ulike lengder på fastlegens lister, når det opprettes nye fastlegehjemler.

Utvalget vil ha større oppmerksomhet på kvalitets- og funksjonskrav til allmennlegetjenesten. Det er viktig at det stilles slike krav til fastlegene. Utvalget vil fremheve at de pliktene den enkelte fastlege har til å yte legehjelp omfatter alle personer på listen, også de som bor i omsorgsbolig og andre personer med store og sammensatte behov. Utvalget foreslår derfor at det i fastlegeforskriften inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre en bedre legetjeneste til personer med store og sammensatte behov.

Utvalget har registrert at fastlegeordningen har forsterket problemene med å få leger til å dekke de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene. Utvalget mener at rekruttering og stabilitet i disse funksjonene er svært viktig i et samhandlingsperspektiv, og at det må arbeides med tiltak for å opprettholde og styrke samfunnsmedisinen lokalt og sentralt. Utvalget mener kommunene må få anledning til å bruke fastlegene til samfunnsmedisinsk arbeid innenfor de 7,5 timer som kan tilpliktes.

Utvalget har også vurdert finansieringsordningen av fastlegene. Dagens kombinasjonsfinansiering ivaretar flere hensyn. Utvalget vil ikke foreslå store endringer i denne ordningen, men anbefaler at partene (dvs Staten og Legeforeningen) gjennom de neste forhandlingene tilstreber en dreining i retning av mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre på takster og egenandeler. Basistilskuddet anbefales innrettet som en kombinasjon av listetilskudd og driftstilskudd samtidig som listens lengde får mindre betydning og listens alderssammensetning gis uttelling. Utvalget mener også at forholdet mellom de enkelte takstene kan endres for å få legen til å øke satsingen overfor pasienter med store og sammensatte behov.

Annet privatpraktiserende personell

Både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten finnes det andre private tjenesteytere, hvorav noen har egne driftsavtaler med kommunen og foretakene. Kommuner og regionale helseforetak melder at disse avtalene ikke i tilstrekkelig grad gir dem de styringsmuligheter de ønsker. Utvalget er særlig bekymret for at disse avtalene ikke gir muligheter til å sikre at dette personellet bidrar i arbeid med samhandlingskrevende pasienter. Utvalget foreslår at det i rammeavtalene for privatpraktiserende

helsepersonell inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre bedre tjenester til personer med store og sammensatte behov.

Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

Utvalget mener det har stor verdi at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. Det bør både være avtaler som regulerer hvordan partene skal forholde seg på overordnet nivå, samt avtaler som regulerer spesifikke områder for samarbeid. Det er hensiktsmessig at partene selv finner ut hvordan avtalen skal utformes for å imøtekomme behovet for bedre samhandling. Utvalget mener det bør være en gjensidig forpliktelse for både kommuner og foretak å inngå samarbeidsavtaler på overordnet nivå.

Det er viktig at avtalen forankrer samhandlingen på øverste ledelsesnivå. Utvalget foreslår at avtalen skal vedtas av kommunestyret og foretaksstyret. Avtalene må blant annet inneholde krav til gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene. Avtalene må som et minimum revideres hvert fjerde år.

Tiltak for å styrke rehabiliteringstjenesten

Etter utvalgets vurdering er oppgavedelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten mindre klar for rehabiliteringsområdet enn for mange andre deler av helsetjenesten. Dette er et område hvor samhandling er spesielt viktig og utvalget foreslår at kommuner og foretak samarbeider for å få felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbudene, inklusive opptreningsinstitusjonene.

En adresse for samhandling i kommunene og foretakene

Det er behov for at både foretak og kommuner organiserer sine tjenester slik at tjenesteytere lett finner frem til nødvendige samhandlingspartnere. For å bedre samhandlingen vil det derfor være nødvendig at både kommuner og foretak oppretter én klar adresse for henvendelser mellom tjenesteyterne om samhandlingsbehov. Hvordan dette organiseres må være opp til den enkelte kommune og foretak. Utvalget foreslår at både kommuner og foretak skal pålegges å opprette én klar adresse som kan veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne.

Krav til ledelse og oppfølging

Helhetlige pasientforløp med god samhandling kan bare oppnås dersom den enkelte enhet i helsetjenesten har oppmerksomhet på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingsskjeden. Dette krever en sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste.

Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling

Mye av samhandlingen dreier seg om en god og effektiv informasjonsutveksling. En rekke tiltak er allerede igangsatt. Utvalget mener det må rettes mer oppmerksomhet mot de organisatoriske og juridiske forhold i realiseringen av elektronisk samarbeid. En hovedutfordring er å rydde opp i uklarheter omkring hvorvidt informasjon kan deles mellom tjenesteytere. Etter utvalgets vurdering må det i balansen mellom personvern hensyn og hensyn til god informasjonsflyt tas mer hensyn til samhandlingsbehovet.

Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Det er utvalgets oppfatning at det er en betydelig ubalanse mellom den betydning samhandling har for realisering av helsepolitiske mål og den vekt som akademiske institusjoner og de faglige organisasjonene legger på dokumentasjon, forskning, kunnskapsutvikling og opplæring på området. Det er behov for mer forskning på de behandlingsområdene som er samhandlingsskrevende, rus, psykisk helsevern etc. Det er også behov for forskning på metoder for samhandling. Det er for lite kunnskap om hva som er virksom samhandling, og hvordan den kan bli mer effektiv og nyttig. Utvalget foreslår at det prioriteres ressurser til forskning rettet mot dette.

Utvalget foreslår at samhandling som tema skal være en del av grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen for alle grupper helsepersonell. Etterutdanningene bør søkes innrettet som tverrfaglige tiltak og de bør ha oppmerksomhet på samhandling og kulturbygging slik at de fungerer fellesskapsbyggende.

Også innenfor spesialistutdanningene bør det rettes oppmerksomhet på samhandlingsutfordringene. Det bør stilles krav til deltakelse i ambulant virksomhet som grunnlag for å bli godkjent som spesialist innen enkelte medisinske fag. Utvalget mener dette er relevant for spesialitetene geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin. Det er behov for kunnskapsutvikling på rusbehandling. Det er også behov for å styrke den medisinskfaglige innsatsen på feltet.

Helsepersonell i ulike deler av tjenesten har mye å lære av hverandre, og hospitering forbedrer relasjoner

og skaper felles holdninger. Utvalget mener hospitering er en god metode for kompetanseoverføring mellom ulike deler av helsetjenesten og foreslår at kommuner og foretak etablerer gjensidige hospiteringsordninger.

Praksiskonsulentordningen har som oppgave å bedre samhandlingen mellom sykehusavdelinger og kommunehelsetjenesten og bidra til læring på begge nivå. Utvalget foreslår at helseforetakene styrker praksiskonsulentordningen og utvider den til å omfatte flere yrkesgrupper.

Veiledningsplikten

Utvalget vil peke på at veiledning er et samhandlingstiltak med stor effekt. Utvalget mener at gjeldende lovbestemmelse er uklar og lite hensiktsmessig. Etter utvalgets syn må det ikke være tvil om at veiledningsplikten er todelt i den forstand at den både gjelder generell veiledning og veiledning knyttet til enkeltpasienter. Utvalget foreslår at lovbestemmelsen endres slik at virksomheten gjøres ansvarlig. Utvalget vil peke på at veiledning er en forpliktelse som helsetjenesten må ta høyde for i sine budsjetter. Det skal ikke være adgang til å ta vederlag for slike tjenester. Utvalget mener også at veiledningsplikten må gjøres gjensidig. Utvalget foreslår at det innføres likelydende lovbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven med gjensidig plikt til veiledning mellom tjenestenivåene.

2.3.3 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Utvalget foreslår ingen nye store reformer, men vil peke på behovet for justeringer og mindre endringer i dagens hovedmodeller. Utvalget mener det er verdifullt å forsøke nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger som bedre kan understøtte samhandling. Slike forsøk vil kunne gi verdifull erfaring ved en eventuell senere vurdering av større endringer.

Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter

Det er i dag full anledning til å etablere interkommunale ordninger innen helsetjenesten. Slike har imidlertid ikke myndighet til å tildele tjenester til innbyggerne i de deltakende kommuner. Utvalget foreslår å åpne for at kommunene skal kunne etablere interkommunale virksomheter som i tillegg til å utføre tjenester også gis myndighet til å tildele tjenester til innbyggerne i alle deltagende kommuner.

Forsøk med nye organisasjoner

Utvalgets vurdering er at helt nye måter å organisere helsetjenesten på ikke løser samhandlingsutfordringene. Forsøk med slike kan likevel være nyttig for å vinne flere erfaringer. Det foreslås derfor forsøk hvor ansvaret for alle helsetjenester samles, enten for alle pasienter eller avgrenset til noen behandlingsområder.

Utvalget foreslår også forsøk med utførerenheter i felles eie som yter både første- og andrelinjetjenester. Dette kan være en organisasjonsform som bidrar til å redusere de negative virkningene av dagens todelt ansvar for helsetjenester og er derfor verdifullt å prøve ut.

Lokal forankring av spesialisthelsetjenesten

Sykehusreformen har brutt opp noen gamle samarbeidsmønstre som tidligere gikk mellom kommunene og fylkeskommunen. Med den vekt som utvalget mener skal legges på avtaler mellom kommuner og foretak, er det viktig at kommunenes interesser kan samordnes. Dette vil også gi en mulighet for lokalpolitisk forankring av spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet drøfter opplegget med en organisert samordning i et avtalesystem med KS.

Om bruk av økonomiske virkemidler

Finansieringsordningene utgjør svært viktige rammebetingelser for helsetjenesten.

Utvalget mener at helsetjenesten trenger økonomiske insentiver som stimulerer til høy aktivitet og effektiv tjenesteproduksjon, men er bekymret for at høye refusjonssatser vil øke samhandlingsutfordringene. Utvalget mener at samhandlingen i helsetjenesten er tjent med at stykkprisandelen reduseres.

Kommuner og helseforetak har stor frihet til selv å bestemme utformingen av finansieringsordninger til sine virksomheter. De økonomiske virkemidlene kan da tilpasses lokale og regionale behov blant annet for å understøtte god samhandling. Utvalget anbefaler at de regionale helseforetak og kommuner i større grad må understøtte samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger.

Utvalget mener det er en uheldig ordning at flere tjenesteytere i helsetjenesten finansieres gjennom såkalte "tredjeparts" ordninger. Refusjoner som går direkte fra Rikstrygdeverket til den enkelte tjenesteyter gir liten mulighet for prioritering av ressursene og tjenestene. Utvalget mener det bør utredes

en større omlegging av finansieringsordningene for kommunale helsetjenester i retning av et system som sterkere understøtter kommunen som bestiller av tjenester og kommunen som ansvarlig for å sørge for at befolkningen har et godt samlet helsetjenestetilbud.

Nærmere om takst- og refusjonssystemet

Utvalget har ikke gått detaljert inn i vurderinger av de enkelte takst- og refusjonssystemene som brukes i dag. Det er heller ikke utvalgets oppfatning av takster og refusjoner i seg selv er svaret på samhandlingsutfordringene. Likevel er det liten tvil om at takster og refusjoner kan brukes til å rette oppmerksomheten på samhandlingsutfordringen og bidra til at det etableres gode tiltak. Utvalget vil derfor peke på noen utfordringer. Takstsystemet er i dag innrettet slik at noen pasienter med behov for mange kontakter med spesialisthelsetjenesten ofte ikke får samordnet dette i en konsultasjon. Takstsystemet honorerer gjentatte besøk der det kan heves spesialisthonorar, takster for undersøkelser og egenandel. Dette er uheldig for den enkelte pasient samtidig som det fører til merutgifter for det offentlige til transport og refusjoner. Utvalget foreslår at takstsystemet gjennomgås med sikte på å fjerne insentiver for oppstykkning av behandlingstilbudet.

Finansiering av legemidler

Utvalget har vurdert om den ulike finansieringen av legemidler i og utenfor institusjon bør endres. Utvalget foreslår at det innføres en ordning med at trygden betaler for nødvendige medisiner til pasienter som er avhengige av kreftbehandling i sykehjem på lik linje med de ordninger som gjelder ved behandling i omsorgsboliger og behandling i hjemmet. Utvalget mener samtidig det bør legges opp til kostnadsnøytrale ordninger for dyr medikamentell behandling, uavhengig av om pasienten er på sykehus, sykehjem eller i åpen omsorg.

Interkommunale legevaktsamarbeidsordninger

Interkommunale legevaktsordninger gir etter utvalgets vurdering gode resultater for pasientene i form av god kvalitet og god tilgjengelighet til tjenestene. Samtidig bidrar ordningen til å redusere vaktbelastningen for leger og derigjennom lette rekrutteringen av leger til små kommuner og utkantstrøk. Dagens statlige finansiering av legevaktstjenesten gjør imidlertid at det blir ulønnsomt for noen kommuner å delta. Utvalget mener det er nødvendig med en ordning som snarest mulig gjør det økonomisk interessant for partene å etablere interkommunale legevaktsamarbeid. Utvalget foreslår at det etableres en ordning med statlig finansiering i form av refusjoner for tilstedevaktene i interkommunale legevakter.

2.3.4 En samhandlingsmilliard

Utvalget mener at dagens finansieringsordninger og takstsystem gir få insentiv til samhandlingstiltak, og at disse på en rekke områder har en innretning som direkte motvirker effektiv samhandling. Utvalget erkjenner samtidig at det er vanskelig å lage nasjonale finansieringsordninger som direkte understøtter samhandling.

Utvalgets vurdering er derfor at avtalen som inngås mellom kommuner og foretak er viktigst for å få til bedre samhandling. Men for at effekten skal bli god må avtalene understøttes av økonomiske insentiv. Avtalene må innrettes slik at visse mål og aktivitetskrav for samhandling skal være innfridd for å få del i pengene. Partene skal samarbeide om utformingen av slike mål og aktivitetskrav. Gjennom en lokal innretning vil en sikre god treffsikkerhet i forhold til behov og muligheter for etablering av gode tiltak.

Utvalget foreslår derfor et øremerket tilskudd til samhandling som kan brukes for å få i gang nye aktiviteter og videreutvikle eksisterende.

Utvalget foreslår at det skal stilles krav om formalisert avtale om konkrete tiltak mellom kommune og foretak for å få del i midlene. Utvalget foreslår at tilsvarende krav om avtaler skal foreligge før utløsning av statlige midler fra opptrappingsplanene for psykisk helse. Utvalget mener det er vesentlig at partene bidrar med en egenfinansiering for å skape nødvendig eierforhold til tiltakene.
