

**SAKSPROTOKOLL**

Arkivsak 200502161  
Arkivnr, E: 022 &13  
Saksbehandler Janne B. Brunborg

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Helse- og sosialstyret	28.04.05	28/05
Formannskapet	18.05.05	53/05

**HØRINGSUTTALELSE: NOU 2005:3 FRA STYKKEVIS TIL HELT - EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE**

**Formannskapet 18.05.05**

**Vedtak:**

1. Formannskapet slutter seg til høringsuttalelsen.  
(Enst.)
2. Arbeidet med å utvikle integrerte elektroniske løsninger mellom de involverte parter som samarbeider om og med den enkelte pasient og bruker er en viktig forutsetning for god samhandling mellom forvaltningsnivåene. Dette arbeidet bør prioriteres.  
(Enst.)
3. Formannskapet vil sterkt understreke at en justering av ressurstildelingen mellom tjenestenivåene er helt nødvendig for å realisere intensjonene i utredningen.  
(Enst.)

**Forslag:**

Venstre fremmet følgende forslag:

"Arbeidet med å utvikle integrerte elektroniske løsninger mellom de involverte parter som samarbeider om og med den enkelte pasient og bruker er en viktig forutsetning for god samhandling mellom forvaltningsnivåene. Dette arbeidet bør prioriteres.

Formannskapet fremmet følgende forslag:

"Formannskapet vil sterkt understreke at en justering av ressurs-

...departementet

20500444 - 26

tildelingen mellom tjenestenivåene er helt nødvendig for å realisere intensjonene i utredningen.”

**Voteringer:**

Venstres forslag enstemmig vedtatt – pkt. 2.

Helse- og sosialstyrets innstilling enstemmig vedtatt – pkt. 1.

Formannskapetets forslag enstemmig vedtatt – pkt. 3.

**Helse- og sosialstyret**

**28.04.05**

**HELSE- OG SOSIALSTYRETS INNSTILLING:**

Formannskapet slutter seg til høringsuttalelsen.

(Enst.)

RETT UTSKRIFT:

*Aud Hansen*

DATO: 19. mai 2005



## SAKSPROTOKOLL

Arkivsak 200502161  
Arkivnr, E: 022 &13  
Saksbehandler Janne B. Brunborg

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Helse- og sosialstyret	28.04.05	28/05
Formannskapet	18.05.05	

### HØRINGSUTTALELSE: NOU 2005:3 FRA STYKKEVIS TIL HELT - EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE

---

Helse- og sosialstyret 28.04.05

#### HELSE- OG SOSIALSTYRETS INNSTILLING:

Formannskapet slutter seg til høringsuttalelsen.

(Enst.)

RETT UTSKRIFT:

DATO: 29. april 2005



Dato: 19.04.2005  
Saksnr.: 200502161-9  
Arkivkode E: 022 &13  
Saksbehandler: Janne B. Brunborg

Saksgang	Møtedato
Helse- og sosialstyret	28.04.2005
Formannskapet	18.05.2005

## Høringsuttalelse: NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste

### Sammendrag:

Helse- og omsorgsdepartementet sendte den 01.03.05 ut det såkalte Wisløff-utvalgets innstilling til tiltak for å oppnå en mer sammenhengende helsetjeneste, med invitasjon til Kristiansand kommune om å avgi høringsuttalelse innen 01.06.05. Nou 2005:3 Fra stykkevis til helt retter seg mot kommunenes helsetjenester og helseforetakenes spesialiserte helsetjenester.

I det vedlagte utkast til høringsnotat fremgår det at Kristiansand kommune ser positivt på grunnideen om å søke å gjøre tjenestetilbudet til pasienten mer helhetlig enn det kan oppleves i dag, men at der er flere elementer ved det foreslåtte som må utredes nærmere før de foreslåtte tiltakene kan implementeres på en slik måte at det får den ønskede virkning for utførelsen av den faktiske samhandling.

De største utfordringene knyttet seg til følgende deler av forslaget:

### **1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser**

Styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten

Utvikling der presset på bl.a. kommunale tjenester øker.

Forslaget om sameie av tjenestearnaer mellom kommuner og helseforetak

### **2. Forslag knyttet til pasientperspektivet**

Eksempler på hvordan reell brukermedvirkning sikres på systemnivå

Hvordan individuell plan kan fungere på en bedre måte i samhandlingsammenheng

Forslaget om å utvide pasientombudsordningen til også å gjelde tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven

### **3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere**

Forslag om behov for funksjons- og kvalitetskrav overfor fastlegene

Gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå en mer helhetlig pasientbehandling.

I utkastet til høringsnotat berøres de ovenfor nevnte problemområder særskilt.

Forslag til vedtak:

1. Formannskapet slutter seg til høringsuttalelsen

  
Tor Sommerseth  
Rådmann

  
Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

**Trykte vedlegg:**

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet. 01.03.2005

NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste/sammendrag

**Utrykte vedlegg:**

NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste

Bakgrunn for saken :

---

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

Helse- og omsorgsdepartementet sendte den 01.03.05 ut det såkalte Wisløff-utvalgets innstilling til tiltak for å oppnå en mer sammenhengende helsetjeneste, med invitasjon til Kristiansand kommune om å avgi høringsuttalelse innen 01.06.05. Nou 2005:3 Fra stykkevis til helt retter seg mot kommunenes helsetjenester og helseforetakenes spesialiserte helsetjenester.

Uttalelsens oppbygging:

Høringsinstansene er bedt om å kommentere hovedproblemstillingene som følgende blir presentert i sin helhet.

Departementet ber høringsinstansene nummerere tilbakemeldingene i hørings svarene i pkt 1-3 som indikert. Underpunktene er nummerert fra A-C. Vårt hørings svar refererer seg til disse punktene.

### **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. Departementet ber høringsinstansene kommentere de forslag som skal kompensere for disse skjevhetene og eventuelt 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 samhandlingssammenheng, 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.

## 1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

### 1A

**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 eventuelt foreslå andre forslag med tilsvarende formål.**

Det fastslås at det i dag er et skjevt styrkeforhold mellom forvaltningsnivåene, hvor spesialisthelsetjenesten har en større tyngde når det gjelder ressurstildeling og oppmerksomhet og at dette må kompenseres kommunene. Et slikt skjevt styrkeforhold kan være til hinder for likeverd og gjensidighet som igjen er svært viktig for god samhandling.

Det er ikke uvesentlig hvilket forvaltningsnivå i helsetjenesten som tillegges størst vekt når det gjelder å definere hva som er best helsehjelp til den enkelte. I dag er dette utvilsomt spesialisthelsetjenesten. Dette momentet kunne etter vår mening vært ytterligere problematisert i en utredning som ønsker en innholdsreform på flere forvaltningsnivå. Evne og rett til å definere virkelighet er i dag en viktig rammebetingelse. Denne skjevfordeling angående definisjonsmakt kan i dag neppe skyldes at kommunehelsetjenesten har lavere formell kompetanse enn spesialisthelsetjenesten, så her må man se nærmere på ulike tiltak for å oppnå økt likeverdighet.

Tiltaket som er foreslått angående formaliserte avtaler mellom nivåene, kan også være et virkemiddel for å kompensere et skjevt styrkeforhold. Det vil være avgjørende at foretakene og kommunene utarbeider avtaler som ivaretar samhandlingsbehovet og ressursbruken mellom tjenestenivåene. Det er en forutsetning at avtalene bygger på felles forståelse om viktigheten av godt samarbeide mellom nivåene slik at brukeren blir vinneren. Avtalene må være konkrete og mulig å evaluere, både etter kvalitative og kvantitative variabler. I forbindelse med avtalefesting av samarbeid er det imidlertid viktig å understreke at dette kun er rammen rundt en praksis som skal være med på å øke tillit og understreke betydningen av gjensidig respekt for hverandre. Dette vil kunne gjøre noe med styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene. Det vil si at de arenaer hvor praktisk samhandling finner sted blir svært betydningsfulle.

En har i Kristiansand kommune mange praktiske erfaringer på at møteplassene mellom forvaltningsnivåene er svært sentrale for utviklingen av gjensidighet og likevekt. Dette er igjen en forutsetning for et helhetlig og godt syn på pasienten og dennes behandling. Det er i disse praktiske møtene rundt hvert menneske eller klientgruppe, at man viser sin holdnings- og handlingskompetanse. Man blir da tydelige for hverandre. Denne tydeligheten vil også avdekke ulik kompetanse mellom nivåene. Kommunens kompetanse har tradisjonelt vært ansett som en generalistkompetanse som skal kunne håndtere et komplekst behov for tjenester i hvert enkelt tilfelle. Denne praksistradisjonen kan undervurderes, kanskje særlig i tider hvor man ser en tendens til økt medikalisering i samfunnet. Da er det gjerne spesialisthelsetjenestene og deres spisskompetanse som både etterspørres og vektlegges mer. Til tross for dette erfarer vi at når det er vilje til samarbeid og gjensidig anerkjennelse av hverandres utfyllende kompetanse kan det trekkes i samme retning til beste for pasienten. Økt fokus på kompetanse og derigjennom egen og andres praksis kan også føre til holdningsendringer som fremmer det helhetlige arbeidet rundt hver bruker. Dette er med på å utjevne et skjevt styrkeforhold mellom nivåene, knyttet til enkeltsaker.

Vi er videre enige i at et skjevt styrkeforhold ikke lar seg utjevne gjennom organisatoriske reformer alene. Vi ønsker likevel å påpeke at en fragmentert organisering i helsetjenestene ser ut til å forvanske en helhetlig behandling. Dette rammer særlig pasienter med langvarige og sammensatte hjelpebehov. Det er vanskelig å få til sammenhengende behandlingsskjeder for pasienter som har tilbakevendende behov for tjenester innen rus og psykiatri på flere

tjenestenivå. Det gjelder til dels også innen samme forvaltningsnivå, når en for eksempel ofte opplever hindringer i pendlingen mellom de spesialiserte avdelingene i spesialisthelsetjenesten. Ofte kan utskrivning bli resultatet i tilfeller der man heller hadde ønsket en overføring til annet egnet tilbud innen samme tjeneste / nivå. Utvalget vektlegger at dette skal være en kvalitetsreform, men etter vårt syn blir altså de strukturelle rammene noe underkommunisert når det gjelder sammenhengende tiltaks- og behandlingsskjeder. Tydeligst blir dette i praksisen rundt de svakest fungerende pasienter.

Styrkeforholdet mellom forvaltningsnivå påvirkes også av økonomi. I denne forbindelse ønsker vi å vektlegge betydningen av at økning i antall oppgaver på kommunalt nivå bør medføre endring i ressursfordelingen mellom forvaltningsnivåene. Når det skjer bevegelser i innhold, omfang og karakter av oppgavene bør økonomien harmoniseres. Dette er utfordringer som vi blant annet ser i forhold til LAR behandling. Ansvar for den medisinske oppfølgingen overføres nå i økende grad fastlegene, mens spesialisthelsetjenesten trekker seg mer ut av oppfølgingen generelt rundt hver enkelt pasient. Dette innebærer at kommunale oppfølgingstjenester også må ta økt ansvar. Økonomien er ikke justert etter dette.

## **1B**

**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.**

Vi deler oppfatningen av at både høyere levealder, nye behandlingsmuligheter og kortere liggetid i sykehus er med å øke presset på de kommunale tjenestene. I tillegg oppleves nok et ekstra press i en del tilfeller der kommunen må følge opp nye og medisinsk krevende pasientgrupper med problematikk som for eksempel KOLS, pasienter med behov for smertelindring eller pasienter med alvorlig hjerneskadete. Disse forble tidligere i spesialisthelsetjenesten, eller hadde hyppige tilbakevendende innleggelser.

Epidemiologisk utvikling er sentralt for forståelsen av et økt press på kommunehelsetjenesten. Epidemiologisk kunnskap er sentralt for riktig dimensjonering og vektning av tjenestenivå. Primærforebyggende arbeid som tiltak for å begrense fedme- og diabetesepidemien er nevnt som eksempler. Det er viktig at man ikke bidrar til økt medikalisering. Denne faren er tilstede hvis man gir mulig økt risiko for framtidig sykdom like stor oppmerksomhet som etablert sykdom, jfr. debatten om behandling av høyt blodtrykk. Slik risikofokusering er i regelen initiert fra spesialisthelsetjenesten og kontroll og oppfølging "pålagt" kommunehelsetjenesten.

Innen for psykisk helsearbeid overføres stadig mer arbeid til kommunene. Særlig merkbart er omfanget av personer med behov for psykiatrisk sykepleie og / eller annen type oppfølging i lang tid. Det vil være svært viktig å fokusere på pasientundervisning og styrke egenmestringsevne hos disse gruppene.

Vi ser store utfordringer for gruppen med psykiske lidelser og rusproblematikk som har behov for pleie- og omsorgstjenester, samt spesielt tilrettelagte botilbud i kommunen. En tilleggslidelse som ADHD øker utfordringene ytterligere. Her ser vi i dag at spesialisthelsetjenesten utreder og kartlegger hjelpebehov, og det er da essensielt at kommunehelsetjenestens tilbud korresponderer. Kommunene står overfor langt økte utfordringer her. En stor del av gruppen med ulike dobbeldiagnoser har tidligere hatt et bedre tilbud i spesialisthelsetjenesten hvor det har vært heldøgns- og avlastningsplasser for disse. Kommunene opplever økt press når en ikke har tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud til pasienter med svært store behov for hjelp. Det bør få konsekvenser for ressursfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når kommunens oppgaver økes



i antall og mangfold på spesielle pressområder. Når det gjelder behovet for utveksling av kompetanse tror vi dette er tilstede på begge forvaltningsnivå.

En god samhandling med spesialisthelsetjenesten i forhold til kompetanseheving, veiledning og gradvis overføring av pasienter til kommunale tjenester kan være viktige momenter for å få overgangene til å fungere godt. Like viktig som at kommunen skal veiledes og undervises av spesialisthelsetjenesten er det at også kommunenes muligheter og begrensninger er kjent.

I denne forbindelse vil vi knytte noen kommentarer til forslag om ambulante tjenester. Denne måten og organisere tjenestetilbudet på vil måtte ha brukeren i fokus fordi en opererer på brukerens egen arena. Her vil begge tjenestenivåene samtidig måtte tilby samordnede tjenester. Spesialisthelsetjenestens oppfølgingsansvar må da ikke bare bli av konsultativ/veiledende art for kommunehelsetjenestens ansatte. Men de må ha et reelt oppfølgingsansvar også for pasienten.

Man kan også få inntrykk av at presset på kommunene forsterkes av at pasient og pårørende forespeiles kommunale tjenester som faktisk ikke foreligger på utskrivningstidspunktet, eller at andre tjenester vurderes som mer hensiktsmessige fra kommunens side. I mange tilfeller handler dette om forespeilet plass på sykehjem. I utredningen fokuseres det også mye på sykehjem som det "eneste" kommunale tjenestetilbudet. Det er viktig å understreke at kommunens ansvar er å yte nødvendig helsehjelp, og at det er kommunen selv som velger hvor og hvordan denne hjelpen skal gis. Det betyr at en i mange tilfeller kan legge til rette for, og gjennomføre, forsvarlige og svært gode helsetjenester både i pasientens eget hjem, i sykehjem, omsorgsbolig, eller gjennom en kombinasjon av ulike tjenester.

Utredningen fremhever også at kommunene ikke klarer å ta imot ferdig behandlede pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Det slås videre fast at drift av kostnadskrevende botilbud er et problem i kommunene. Mangel på egnet botilbud kan således være noe av forklaringen på dårlig håndtering av såkalt ferdig behandlede pasienter. En bør imidlertid også problematisere begrepet "ferdig behandlet". Det er ofte stor uenighet om definisjonen mellom nivåene her, og faglige definisjoner henger også unektelig sammen med de rammer og muligheter man har til behandling og rehabilitering. En samarbeidsplikt mellom nivåene ville kunne redusere gapet mellom "ferdig behandlet" og "ikke rede til å ta imot"

Spesialisthelsetjenesten har vært gjennom store organisatoriske endringer relatert til krav om økt effektivitet og større pasientgjennomstrømning. I dette ligger ikke nødvendigvis at behandlingsmetodene er blitt mer effektive. Pasientene blir likevel utskrevet tidligere enn hva tilfellet var for få år siden. For kommunene innebærer dette at de må ta imot dårligere fungerende pasienter. Dette er praktiske erfaringer kommunene gjør seg. For at dette misforholdet skal få konsekvenser for ressursfordelingen, må det erkjennes og handles i forhold til.

## 1C

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

I kap 10.4.2 er det åpnet opp for forsøk der kommuner og foretak kan eie utførerenheten sammen. Videre foreslår utvalget å åpne opp for forsøk hvor kommuner kan overta ansvaret for spesialisthelsetjenester. Kristiansand kommune er positiv til begge disse forslagene. Vi ønsker å utrede muligheten for samarbeidsløsninger der kommunen overtar ansvar som i dag er tillagt helseforetakene. Dette for å få et mer helhetlig helsevesen uten skranker. Vi viser her til et samarbeidsprosjekt vi nå har med Sørlandet sykehus HF. Følgende presenteres sammendrag av bakgrunn for prosjektet.

*"Det er knyttet store utfordringer til koordinering av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Brukeren må være i fokus og målet må være at brukeren skal oppleve ett helhetlig helsevesen med en samordnet og integrert behandlingsskjede. Pr. i dag skaper de ulike*

forvaltningsnivåene store utfordringer når det gjelder samordning av et helhetlig tilbud. Brukere med sammensatte lidelser opplever å møte et lite koordinert hjelpeapparat og føler seg som kasterbatter i et system der det er mange aktører på ulike nivå.

Det er en sentral oppgave for samfunnet å få til et optimalt samhandlende helsevesen til beste for brukerne/pasientene. Helse- og sosialdirektøren mener at Kristiansand kommune i samhandling med Helse Sør og Sørlandet sykehus (SSHF) har de beste forutsetninger for å prøve ut nye modeller for å oppnå bedre samhandling.

Som en følge av sektorens utviklingsarbeid med organisering av omsorgstjenestene i en bestiller-utfører modell med system for innsatsstyrt finansiering av tjenestene, er Kristiansand kommune en av få, eller eneste kommune i Norge som har en reell ansvarlig bestillerfunksjon der finansiering følger vedtak om tjenester. I den forbindelse ser en mulighet i at det bestilleransvar som er etablert i omsorgstjenesten kan benyttes innenfor et utvidet tjenesteaspekt. Helse- og sosialdirektøren ønsker derfor å videreutvikle modellen og utrede hvordan den kan bidra i utviklingen av å legge til rette for et forbedret samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten med mål å gi et bedre og helhetlig tilbud til pasienter /brukere.

I et slikt arbeid vil en i utgangspunktet fokusere på følgende overordnede formål:

- Pasienten skal oppleve ett helhetlig helsevesen
- Tjenesteutøvere skal ha et brukerperspektiv med fokus på individuelle behov
- Bedret total ressursutnyttelse

En ønsker å starte opp et forprosjekt som kan realiseres innenfor ett eller flere av kommunens tjenesteområder der samhandling med sykehuset er avgjørende for pasientens opplevelse og utbytte av behandlingen. Vi ser for oss følgende arbeidsområder inndelt som faser i ett prosjekt:

- Valg av tjenesteområdet for forprosjekt
- Utrede forhold vedrørende datatilgjengelighet (administrative og fagsystemer)
- Bestillerfunksjon, kartlegging av forhold som utløser aktivitet
- Utrede de lovmessige føringer i forhold til finansieringssystem og overføringer mellom RHF/HF og kommune
- Skissere løsning - forslag til økonomisk og organisatorisk modell

Forprosjektet er drøftet med representanter fra ulike forvaltningsnivå og så langt er det positive signaler for dette. Det er etablert et formalisert samarbeid mellom Sørlandet sykehus, Arendal og Kristiansand kommune hvor saken er drøftet. Det vil bli søkt om ekstern finansiering av forprosjektet. Helse og sosialstyret har sluttet seg til forslaget om forprosjekt "Fra stykkevis til helt – et helsevesen uten skranker i Kristiansand".

## **2. Forslag knyttet til pasientperspektivet**

### **2A**

**Forslag til / eksempler på hvordan reell brukermedvirkning sikres på systemnivå, spesielt i små kommuner, jf. kap. 10.2.1**

Vi har under dette punktet valgt å komme med et eksempel på hvordan man kan implementere brukermedvirkning på systemnivå.

I Kristiansand kommunene ble det fra 2000 til 2002 gjennomført et såkalt delegasjonsprosjekt, hvor målet var å starte " - en prosess hvor det tradisjonelle forvaltningsperspektivet erstattes av et brukerperspektiv. Fremfor å se oss selv innenfra og ut, må hele den kommunale organisasjon endre fokus og se oss selv utenfra og inn. Dette innebærer at vi må etablere holdninger og systemer som i langt større grad vektlegger tilbakemeldinger fra våre brukere om hvordan de oppfatter de tjenester som tilbys.". Dette er sitat fra handlingsprogrammet, og reflekterer at kommunens ledelse ønsket å utvikle seg i retning av en større bevissthet i forhold til brukermedvirkning. Utfordringen er at dette perspektivet må gjennomsyre alle ledd i kommunens virksomhet.

I forbindelse med delegasjonsprosjektet ble det gjennom tre år gjennomført brukerkonferanser. Konferansene ble avviklet hvert halvår. Deltakere var brukere fra helse- og sosialsektoren, politikere, tjenesteutøvere og ledere. Konferansen ble gjennomført som en prosesskonferanse, der deltakerne presenterte seg selv, forutsetninger for sin tilstedeværelse og forventninger til konferansen. Starten var viktig med hensyn til å skape fortrolighet i gruppen. Titler var uten betydning, da det var det enkelte mennesket i kraft av seg selv som var interessant.

Mellomfasen besto av gruppearbeid der erfaringer fra tjenesteutøvelsen dannet grunnlag for beskrivelse av situasjoner og strukturer i tjenesteapparatet. Beskrivelsene ble presentert og dannet grunnlaget for forbedringsområder i organisasjonen. Avslutningen fokuserte på forslag til forbedringer. Det ble benyttet handlingsplan med tidsfrister og angitt ansvarlige for gjennomføringen av de ulike punktene. Det ble i perioden valgt et arbeidsutvalg som skulle ha ansvar for oppfølging og gjennomføring av handlingsplanen.

I ettertid er det fra erfaringskonferansene kommet mange konkrete forslag til store og små forbedringer som både brukere og tjenesteutøvere har hatt stor nytte av.

Kommunen har nå delegert gjennomføringen av konferansen til de tre helseenhetene i kommunen som vil gjennomføre tiltakene lokalt i enhetene.

Kristiansand kommune har et overordnet Råd for funksjonshemmede som har fast møte- og talerett i by-utviklingsstyret. Rådet er representert i prosjektgrupper i kommunen som brukerrepresentanter. Rådet skal være og er et rådgivende organ for kommunens politikere, administrasjon og byens befolkning.

I tillegg til dette har Helse- og sosialsektoren etablert faste brukerfora, som har møter med sektorledelsen. Videre har de enkelte helseenhetene faste møter med brukerorganisasjonene og ledelsen. Kommunen har ved opprettelse av nye prosjekter for mennesker med psykiske lidelser etablert styringsgrupper med representanter fra brukergruppene og ledelsen. Kommunen gir økonomisk støtte til organisasjonene.

## **2B**

### **Synspunkter på hvordan individuell plan kan fungere på en bedre måte i samhandlingssammenheng, og eksempler på dette, jf. kap. 10.2.2.**

Vi konstaterer at utredningen legger stor vekt på styrking av pasientperspektivet og hvordan individuell plan medvirker til at pasienten får større innflytelse og høyere grad av målrettede tiltak i forhold til sin situasjon. Individuell plan skal ivareta helhetsspektivet og forplikte til en samhandling med dette som siktemål, på tvers av tjenestenivåene. Med dette som bakgrunn mener vi det er helt riktig at hovedansvaret for utarbeidelsen av individuell plan skal ligge hos kommunene, fordi det er der pasienten mottar de fleste tjenestene. Spesialisthelsetjenestens plikt til å medvirke i arbeidet er avgjørende for et ønsket resultat.

Individuell plan kan være et virkemiddel for å oppnå økt grad av brukermedvirkning, bedre samhandling og et bedre koordinert tjenestetilbud. Det avhenger imidlertid av at individuell plan er forpliktende for tjenesteutøverne som inngår i samarbeidet. Slik kan individuell plan føre til bedre samordning både på individnivå og på systemnivå.

Det foreslås videre at det iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan. Dette skal rettes mot grupper av brukere/pasienter med store samordningsbehov. Vi er enig i at god informasjon er en forutsetning for reell brukermedvirkning. Det vil være hensiktsmessig at brukere som ønsker individuell plan har én adresse \ instans å rette sin henvendelse mot. Vi ser at samarbeidet med brukerorganisasjoner vil være viktig i informasjonsarbeidet.

Regelverket bør gjennomgås slik at man får en harmonisering mellom ulike lovbestemmelser som regulerer ulike områder og tjenester, både på spesialisthelsetjenestenivå og kommunalt nivå.

## **2C**

**Forslaget om å utvide pasientombudsordningen til også å gjelde tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, jf. kap. 10.2.5.**

Slik vi ser det vil en utvidelse av pasientombudsordningen til også å omfatte de kommunale helsetjenestene være en naturlig utvikling. Så vidt oss bekjent har ordningen fungert godt i spesialisthelsetjenesten de årene som har gått siden lovfesting. At ordningen også foreslås utvidet til å omfatte de kommunale sosialtjenestene var mer overraskende. At det er tjenestearter innen helsetjenesten og sosialtjenesten som nærmest tangerer hverandre i innhold er kjent, men det er store tjenesteområder innen sosialtjenesten som ligger relativt langt fra de tradisjonelle helsetjenestene i innhold og faglig tilnærming. Pasientombudsordningen har opparbeidet en relativt bred og god erfaring innen helsetjenester, men slik vi ser det vil det kreve betydelige ressurser å etablere det samme høye nivået for de sosiale tjenestene. Dette bør imidlertid ikke hindre en utvidelse av ombudsordningen.

Som kjent er det klageordninger for begge tjenestearter. Det er disse ordningenes syn som har vært rettesnoren for det kommunale tjenesteapparatet. Slik vil det trolig være også etter innføring av denne utvidede pasientombudsordning.

I Kristiansand kommune er det etablert en byombudsfunksjon. Her vil det kunne oppstå overlappende ansvarsområder i forhold til et pasientombud.

Utfordringen for tjenesteyterne i kommunen vil kunne bli å håndtere saker fra flere "klageinstanser" enn tidligere. Dette kan bidra til en ytterligere byråkratisering av primærtjenester. Dette kan være bekymringsfullt med hensyn til tjenesteomfanget og tjenestekvaliteten på lengre sikt. Man vil da ha foretatt et valg som er ment å øke fokus på rettssikkerhet for brukerne og deres pårørende, men til visse omkostninger.

### **3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere**

#### **3A**

**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.**

Utredningen slår fast at det offentlige legearbeidet har kommet svekket ut etter innføringen av fastlegeordningen. Det pekes på ulike årsaker til dette. Kommunene har blant annet ikke fullt ut benyttet muligheten til å pålegge hver fastlege inntil 7,5 timer kommunale legeoppgaver. Dette innebærer at det ligger et utbrukt potensiale både når det gjelder det individrettede arbeidet overfor personer med store og sammensatte behov og annet offentlig legearbeid. Når det gjelder det offentlige legearbeidet er det en viktig påpekning at dette ikke bare dreier seg om arbeid knyttet til sykehjem. I kommunene velger man stadig oftere omsorgsboliger i stedet for sykehjemsplass. Disse beboerne må sikres et likeverdig legetilbud.

Når det gjelder samfunnsmedisin som fag og kvaliteten på medisinskfaglig rådgivning til kommunene mener vi det er svært uheldig å fragmentere disse oppgavene i en slik grad at kvaliteten svekkes. Svært fragmenterte stillinger fordelt på mange fastleger vil ikke merittere til spesialitet i samfunnsmedisin. Vi mener en styrking av denne spesialiteten vil fremme samhandling og ivareta spesielt arbeidet rundt pasienter med stor og sammensatt problematikk. Erfaringer fra Kristiansand kommune hvor samfunnsmedisinske oppgaver i

hovedsak er fordelt på 5 fastleger, har gitt et engasjert fagmiljø. Ved å la leger ivareta samfunnsmedisinske oppgaver parallelt med sin fastlegepraksis legger man til rette for helhetlig tenkning på både pasient- og systemnivå. Faren ved å sentralisere samfunnsmedisinske oppgaver er at miljøet blir for lite til god faglig utvikling. Det blir også svært sårbart, samtidig som man mister den viktige pasientnære kontakten som også innebærer utvikling av forståelse og samhandling rundt pasientgrupper med sammensatte behov.

Nylennautvalget har nylig lagt fram forslag til nye spesialistregler i samfunnsmedisin. Disse går helt klart i retning av styrking av samfunnsmedisin som eget fagfelt med store stillingsstørrelser (minimum 40%). Samfunnsmedisinsk kompetanse er etter hvert ønsket også i helseforetakene.

I små kommuner kan det samfunnsmedisinske arbeidet sikres gjennom interkommunale løsninger. I større kommuner bør man også kunne se for seg større stillingsbrøker øremerket samfunnsmedisinsk arbeid, men samtidig sikre en viss fordeling på fastleger slik at man bygger opp et engasjert fagmiljø. Disse kan eventuelt inngå i nettverk knyttet opp mot samfunnsmedisinere i helseforetakene.

Når man lager nye avtaler med fastlegene bør man også se på muligheten for å kunne kombinere arbeid som fastlege med større stilling som for eksempel sykehjemslege. Det er viktig å styrke legetjenesten i sykehjem. I større kommuner bør det også på dette fagområdet vurderes muligheter for heltidsansatte leger som har formell tilknytning til samarbeidende foretak. Dette for å bedre samhandling og legge til rette for at tjenesten kan merittere til relevant spesialitet. Dette vil i høy grad styrke kvaliteten på legearbeidet i sykehjem, og en må anta at pasienter med stort behov for kontinuitet i tjenestetilbudet vil profitere mest på dette. Hvis et flertall i Stortinget nå får gjennomslag for å innføre normtall for legetjeneste i sykehjem, bør man benytte denne anledningen til å gjøre noe med struktur og kvalitet på denne delen av legetjenesten. Vi vil her igjen benytte anledningen til å minne om behovet for en harmonisering av legetilbudet til den gruppen man har valgt å gi et tilbud i omsorgsbolig i stedet for sykehjem. Problemstillingene må antas å være nokså parallelle.

Forslag om funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene for å ivareta brukere med sammensatte behov støttes; likeså tilsvarende forslag for annet privatpraktiserende personell. Vi mener utvalgets presentasjon og gjennomgang av virkemidler for å oppnå økt satsning på såkalte samhandlingskrevende pasienter, er godt beskrevet. Avtaleverk og finansieringsordninger er to viktige virkemidler som kan brukes for å vri innsatsen mot denne pasientgruppen. Hvis man presiserer funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeforskriften, tror vi dette vil kunne gjøre det lettere å lage gode individuelle avtaler mellom fastlegene og kommunen. Dette vil forplikte den enkelte lege i forhold til pasienter som har behov for de langvarige og koordinerte tjenestene. Fastlegen har ofte en svært sentral rolle i samarbeidet og er meget viktig for den enkelte pasient.

Når det gjelder finansieringsordningene så kan man få til en liknende vridning av innsats. Gjennom å endre fordeling av fastlegens inntekter mellom basistilskudd og egenandeler / trygderefusjon kan takstene brukes som positivt virkemiddel for å fremme samhandling.

I forbindelse med den foreløpige evalueringen av fastlegeordningen, antydes det fra andre kommunale tjenester at fastlegene er mindre synlige og aktive i tverrfaglig samarbeid. Dette er alvorlige signaler, og hvis dette blir den endelige konklusjonen bør man forsøke å endre en slik utvikling som helt klart vil ramme de pasientene med størst behov for samhandling. Fastlegene bør stimuleres til å ta et likeverdig ansvar for alle sine pasienter. Man kan regulere listelengde og sørge for at listenes pasientsammensetning gir uttelling. Fastlegene er nå ønsket som deltakere på stadig flere tverrfaglige samarbeidsarenaer, og derfor må det foretas en prioritering for å få tiden til å strekke til. Denne prioriteringen kan på sikt synliggjøre og skape behov for flere fastleger.

### **3 B**

#### **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.**

Vi slutter oss til konklusjonen omkring samarbeidsavtaler som et virkemiddel til å oppnå økt samhandling mellom forvaltningsnivåene.

Under pkt. 1A som omhandler styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten, har vi allerede omtalt samarbeidsavtalens betydning som virkemiddel. Vi mener avtalefesting er et tiltak som kan brukes for å oppnå ulike ønskede resultater, slik som både økt samhandling og utjevning av styrkeforhold mellom forvaltningsnivå.

Vi har god erfaring med å utvikle rutiner og gode møtestrukturer for å øke og bedre samhandling. I Kristiansand kommune har vi et godt eksempel i "Brobyggingsseminarene" vi har hatt med spesialisthelsetjenesten innen psykiatri i fylket. Dette har økt kunnskapen om hverandres kompetanse og situasjon. Vi mener dette klart styrker den totale helsetjenesten til våre felles pasienter. Gjennom dette samarbeidet opplever man å ha et felles ansvar for pasientene, og det er pasientene som er i fokus. Dette styrkes ytterligere gjennom arbeidet med individuell plan som er et uttrykk for en helhetlig pasientbehandling.

Vi ønsker avslutningsvis å understreke at det i forbindelse med utvikling av bindende samarbeidsavtaler, bør foreligge noen kriterier for at intensjonen med samarbeidet skal oppnås:

- En forankring på øverste ledernivå
- En verdiforankring som har sitt feste i brukermedvirkning og pasientrettigheter
- En implementering i hele helsetjenesten hvor intensjonen i samarbeidsavtalene kan spores i rommene for samhandling og dialog, på pasientnivå.