



FYLKESMANNEN I HEDMARK
Sosial- og helseavdelingen

Saksbehandler, innvalgstelefon
Sven Anders Haugtomt, 62 55 13 61

Vår dato
27.05.2005
Arkivnr.
730

Vår referanse
2005/2548
Deres referanse
200500444

Helse- og omsorgsdepartementet
Pb 8011 dep
0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 33
Arkivkode: 500	Journ.dato 310505
Avt.: KTA	Saksbeh.: EV
Dato:	

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

Det vises til departementets høringsbrev datert 1. mars 2005.

Utredningen omhandler et område som er meget viktig for å sikre pasientene gode og trygge helsetjenester. Utvalget skulle legge hovedtrekkene i dagens funksjonsfordeling til grunn for sitt arbeid. Det lå dermed ikke til rette for de store og gjennomgripende forslag til forandringer. Slike forslag har da heller ikke kommet. Derimot er det en rekke forslag til tiltak på mange områder. Vi har nylig lagt bak oss store organisatoriske reformer i helsevesenet. Etterdønningene etter disse har ikke lagt seg ennå. Det er derfor antakeligvis fornuftig å nå legge opp til endringer som består av mange skritt som ikke er så veldig store.

1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser.

Styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene

Vi deler utvalgets oppfatning av styrkeforholdet mellom nivåene. Spesialisthelsetjenesten har i alt for stor grad fått definere sitt eget innhold, og således også hva som blir igjen til kommunen. Likeverdighet og gjensidig respekt er viktige prinsipper i samhandlingen. Selv om utvalget påpeker ulikevekten mellom nivåene, kan det synes som utvalget selv i enkelte tilfeller har analysert situasjonen på spesialisthelsetjenestens premisser.

I kapittel 7.4.2 omtales for eksempel samarbeid ved innleggelser. Her kan det se ut til at det å unngå innleggelser nærmest er et mål i seg selv. Det kan se ut til at utvalget mener at mest mulig skal behandles i kommunen, altså at flest mulig oppgaver skal overføres dit. Imidlertid går det et sted en grense for hva som er hensiktsmessig å flytte til kommunen. Hvor den grensen skal gå og hvem som skal bestemme det, er ikke drøftet. I dag blir grensene forsøkt fastsatt nokså ensidig fra sykehusenes side.

I kapittel 7.4.5 blir dette enda tydeligere. Det sies mye om utskrivningsklare pasienter og problemene med utilstrekkelige tilbud i kommunene. Det sies ikke noe om problemer den andre veien, når kommunene har problemer med å få pasienter inn på sykehus, når kommunene sliter med innskrivningsklare pasienter grunnet utilstrekkelige tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det finnes mange eksempler på det, spesielt innen psykiatrien.

Et sitat fra kapittel 8.1.2 viser også den manglende balansen fra utvalget på dette området:

Postadresse:
Postboks 4034
2306 HAMAR

Kontoradresse:
Statens hus
Parkgt. 36, HAMAR

Telefon:
62 55 10 00

Telefaks:
62 55 13 51

Org.nr.: 974 761 645
Banknr. 7694.05.01675

E-post: postmottak@fmhe.no
Internett: www.fylkesmannen.no

... felles forståelse av nødvendigheten av at kommunehelsetjenesten har et mottaksapparat for stadig mer syke og pleietrengende pasienter, er av stor betydning for hvor godt samhandlingen vil fungere.

Noe av det samme ses i kapittel 8.2.6 om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester.

Det kan se ut til at utvalget i disse tilfellene har lagt til grunn at LEON-prinsippet betyr lavest mulig omsorgsnivå, mens det jo vitterlig betyr lavest effektive omsorgsnivå.

Presset på kommunale tjenester

Vi støtter i hovedsak utvalgets beskrivelser og vurderinger på dette området.

Sameie av tjenestearenaer

Vi støtter forslagene om gi adgang til å etablere felles organisatoriske enheter, og at det gis adgang til forsøk med nye organisasjoner inkludert sameie. Vi har noen bemerkninger knyttet til dette:

Ansvarsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste ligger fast. Det kan tenkes mange ulike organisatoriske løsninger i grensesnittet mellom disse. Alle nye organisatoriske konstruksjoner må derfor basere seg på en prosess der disse og eventuelle andre samarbeidspartnere samarbeider for å nå et eller flere mål. Valg av organisasjonsmodell må baseres på en analyse av hvordan man best kan nå disse målene. Avgivelse av en viss myndighet fra moderorganisasjonens side vil være nødvendig. Hvor mye myndighet man gir fra seg kan variere:

- man fatter beslutninger ved konsensus (hver partner har vetoett)
- man deler beslutningsmyndighet og ressurser
- man delegerer beslutningsmyndighet og ressurser

Det er viktig å være bevisst på dette fra starten av.

Om produktivetsgevinster.

I kapittel 8.1.7 omtales bestiller-utfører organisering av tjenestene. Her refereres til studier som angivelig dokumenterer at det skal ha blitt oppnådd produktivetsgevinster ved dette og at tjenestene er blitt billigere. Om tjenestene er like bra eller bedre sier studiene ikke noe om. Det er grunn til å understreke at billigere tjenester ikke er produktivetsøkning dersom tjenestene er blitt dårligere. Mye av det som sies og skrives om effektivisering i helsevesenet i dag, er egentlig snakk om kostnadsreduksjon. Om det har vært en effektivisering vet vi ingenting om dersom vi ikke vet om kvaliteten på tjenestene har vært stabil. Dette er ofte en grunnleggende svakhet ved helseøkonomiske studier som må tas med i betraktning når man skal vurdere deres relevans for de beslutninger som skal tas.

Økonomiske rammebetingelser

Utvalgets fremstilling av temaet er oversiktlig og grei. Vi har noen kommentarer: I kapittel 8.2.3 er stykkprisfinansiering noe summarisk behandlet: Det skilles ikke mellom diagnosebaserte systemer som f. eks DRG og "fee for service" ordninger der man betaler for den tjenesten en pasient mottar uavhengig av diagnose. Det er egentlig to forskjellige måter å betale for tjenestene på, men som har i seg mange av de samme svakhetene

I kapittel 8.2.5 omtales finansiering av helhetlige pasientforløp. Her synes vi utvalget har vært lite kreativt og litt for tilbakelemt. Vi savner forslag til konkrete ordninger som det er ønskelig å prøve ut. Med en måte å finansiere helhetlige pasientforløp på, kunne man

redusere betydelig de stadig tilbakevendende øvelsene i ansvarsforskyvning/ -fraskrivning som vi ser i dag.

Internkontroll

Avsnittet om internkontroll i kapittel 4.5 – orden i egent hus framstår som snaut og lite entusiastisk i forhold til internkontroll og kvalitetsstyring som gode verktøy for å sikre samhandling mellom tjenesteytere. Denne samhandlingen er et område som aldri kan overlates til enkeltpersoners ansvar alene nettopp fordi det er flere mennesker inne i bildet. Da må det tas noen ledelsesgrep som sikrer at ansvars- og arbeidsfordeling er klar. Vi er av den oppfatning at et godt utviklet internkontrollsystem er et av de vesentligste redskap for å få dette til.

2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

Før vi kommenterer enkeltforslag er det nødvendig med noen generelle kommentarer:

Pasientperspektivet er det overordnede perspektivet når man skal diskutere samhandling mellom tjenesteytere. Det er pasientenes behov for en sammenhengende og koordinert tjeneste som er utgangspunktet. For pasientene er det viktigste å få god hjelp, uavhengig av hvem som gir den. Det faktisk ikke viktig for pasienten å vite om at noen har samhandlet i det hele tatt. Dette understrekes av utvalget i innledningen til kapittel 6.

Derfor er det litt underlig at utvalget velger å dele inn analysedelen slik man har gjort, i en omtale av samhandling med pasientens, tjenesteutøvernes og rammebetingelsenes perspektiv. I stedet burde pasientperspektivet være det overordnede perspektivet – det perspektivet som hele analysedelen bør ha.

Kapittel 6 – samhandling med pasientens perspektiv blander på en uheldig måte sammen to samhandlingsrelasjoner som begge er viktige. Den ene er samhandlingen mellom tjenesteytere. Det er dette som er utredningens tema. Den andre er samhandlingen mellom pasient og tjenesteyter. Begge er viktige for gode tjenester, men har sine særegne utfordringer som er ganske forskjellige. Tjenesteyterne arbeider i forhold til en gitt målsetting og relasjonen mellom dem må forutsettes styrt gjennom virksomhetenes styringssystemer. Relasjonen mellom tjenesteyter og pasient kan ikke styres på samme måten. Tjenesteyteren kan fortsatt styres, men det kan ikke pasienten. Pasientene er mottakere av tjenestene og det er deres behov man er til for å dekke. Når disse to relasjonene blandes sammen slik de gjør i dette kapittelet, blir analysen mangelfull og tildels forvirrende.

Tjenesteyter/ pasient-relasjonen synes å være irrelevant i forhold til denne utredningens fokus. Pasientperspektivet er ikke på noen måte irrelevant og burde som nevnt, være det overordnede perspektivet for hele analysen.

Flere steder i denne delen dras det inn forhold som har lite med utredningens fokus å gjøre. Det kan synes som om utvalget, eller deler av det har hatt sine kjepphester som det er viktig å få markert selv om det er på siden av saken.

Brukemedvirkning på systemnivå i kommunene

Vi støtter derfor forslaget i kapittel 10.2.1 om å gjøre brukemedvirkning på systemnivå obligatorisk også i kommunene. Involvering med brukerne og deres organisasjoner er imidlertid ikke viktig bare i et samhandlingsperspektiv. Det er viktig også for pasienter som bare har kontakt med ett nivå.

Individuell plan

Vi støtter i forslaget om at kommunen bør være ansvarlig for arbeidet med individuell plan. Våre erfaringer fra tilsynssaker tilsier at det er viktig at dette ansvaret er forankret ett sted, og da er kommunene det naturlige valget.

Vi er også enige i at regelverket bør harmoniseres mellom psykiatri og somatikk når det gjelder hvilke pasienter som har krav på individuell plan. Vi foreslår i tillegg at formuleringen i lovene endres slik at det blir pasienter med langvarige og/ eller sammensatte behov som får rett til individuell plan.

Pasientombudsordningen

Vi støtter forslaget om å utvide ordningen til også å gjelde kommunale tjenester.

Pasientansvarlig lege.

Vi støtter ikke forslaget i kapittel 10.2.3 om begrensning av retten til pasientansvarlig lege. Denne ordningen er også tenkt andre funksjoner enn det å koordinere tjenestene internt i sykehuset og med kommunehelsetjenesten. Den bør derfor drøftes i et videre perspektiv.

3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere.

Legetjenesten

Vi er enige med utvalget i at det er behov for klarere funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene, men er usikre på om fastlegeforskriften er det rette stedet å plassere dette. Slike krav burde egentlig kunne fastsettes i de lokale avtalene mellom kommunene og fastlegene. Det har i liten grad skjedd fram til nå. Årsakene til det kan være mange, men vår erfaring er at en viss ubalanse mellom partene i lokale avtaleforhandlinger kan være noe av forklaringen. En tydeligere forskrift vil kunne bidra positivt

Ellers er vi enige i at kommunen bør benytte legene så mye de kan i offentlig helsearbeid og at fastlegene også bør kunne tilpliktes samfunnsmedisinsk arbeid. Vi kan imidlertid ikke se at bedre samhandling mellom tjenestenivåene er en god begrunnelse for dette.

Vi kan heller ikke se at det er sannsynliggjort at en større vektlegging av basistilskuddet til fastlegene, vil føre til mer engasjement fra deres side i pasienter med behov for samhandling. Det er i dag takster for tverrfaglig arbeid som burde stimulere til deltakelse i dette. Likevel rapporteres det om problemer med å engasjere legene. En forklaring kan være at det gir mer uttelling å sitte på kontoret å ta mange pasienter. En annen kan være at presset fra (alle de andre) pasientene er så stort at man foretrekker å ta unna et større antall pasienter framfor å bruke en time eller to på en enkelt pasient i tverrfaglig samarbeid. Mer vekt på basisfinansiering vil ikke løse dette.

Samarbeidsavtale mellom kommuner og foretak

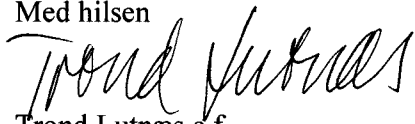
Vi støtter utvalgets forslag om å gjøre slike avtaler obligatoriske. Utvalget foreslår at dette skal være i form av en overordnet rammeavtale mellom kommuner og foretak. Det er viktig at disse avtalene ikke er så overordnet at de bare uttrykker en uforpliktende intensjon om et godt samarbeide. De bør være såpass konkrete at de fastslår fordeling av ansvar og oppgaver i overgangssonene og gir anvisninger for hvordan uenighet skal løses.

Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling (kap. 10.3.7)

Vi er enig i at dagens registerlovgivning sannsynligvis setter for strenge grenser for deling av informasjon, men mener utvalget burde gått bredere inn i den generelle og vanskelige

avveiningen mellom hensynet til god informasjonsflyt og personvern hensynene, og eventuelt foreslått lovendringer på området.

Med hilsen



Trond Lutnæs e.f
fylkeslege



Sven Anders Haugtomt
ass. fylkeslege