

**Høringsuttalelse Helse Fonna og kommunene Bokn, Bømlo, Eidfjord, Etne, Fitjar, Haugesund, Jondal, Karmøy, Kvinnherad, Odda, Sauda, Stord, Sveio, Suldal, Tysnes, Tysvær, Ullensvang, Utsira og Ølen**

## **NOU 2005:3 "FRA STYKKEVIS TIL HELT – EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE"**

### **Innledning med sammenfattende kommentarer**

I følge SSBs nye befolkningsframskriving til 2050, blir det flere eldre i årene framover enn tidligere beregnet. Antall personer 67 år og over øker fra 610 000 i 2002 til mellom 1,1 og 1,4 millioner i 2050. Tallene på de aller eldste, det vil si 90 år og over, vil vokse enda sterkere, og bli mellom tre- og seksdoblet. Videre medfører den medisinske utviklingen at stadig flere pasienter med kroniske og alvorlige sykdommer lever lenger og mottar tjenester både fra 1. og 2. linjetjenesten. Dette er en utfordring som ingen av de aktører som yter helsetjenester kan løse alene.

Bakgrunnen for denne felles høringsuttalelsen er den brede erfaring Helse Fonna og de 19 kommunene har med forpliktende samarbeid. Målet for samarbeidet er å skape helhet for pasienter og brukere med behov for et helhetlig tjenestetilbud. Samarbeidet har ført til en god dialog og forståelse for hverandres utfordringer samt en god ressursutnyttelse både i helseforetaket og i kommunene.

Forutsetningene for god samhandling kan sammenfattes i følgende punkter:

1. Felles verdigrunnlag
2. Primærhelsetjenesten som fundament i helsetjenesten
3. Likeverdi mellom aktørene
4. Faglig gode og trygge tjenester

NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt" tar opp aktuelle problemstillinger og setter fokus på flere av de samme utfordringene som foretaket og kommunene ser er nødvendig å videreutvikle/forbedre samarbeidet. Etter vår mening er det tiltak som er viktig å sikre på systemnivå og som vil kunne bidra til en ønsket utvikling. Spesielt gjelder det for brukere som har store og sammensatte hjelpebehov der det er nødvendig både å ha de "rette" holdningene, de rette tiltakene og økonomiske insentiver.

## **1. Forslag knyttet til økonomiske og organisatoriske rammebetingelser**

### **1.1 Forsøk med nye organisasjonsformer**

Forsøk med nye organisasjonsformer vil kunne gi nyttig kunnskap om betydningen for helhet i helsetjenesten, eksempelvis at partene gjennom avtaler danner gode løsninger som ivaretar pasientenes behov for sammensatte tjenester. Det påpekes at hovedfokus bør være på samhandlingstiltak og ikke på store organisatoriske reformer. Nye organisasjonsformer kan bygges ut rundt mindre lokale sykehus og sykehjem. Dette kan bidra til å realisere felles utfordringer knyttet til psykiatri, rus, palliativ behandling omsorg og pleie. Andre områder kan være rehabilitering i samarbeid med Lærings- og mestringssentra og kommunehelsetjenesten. Dette vil kreve tette samarbeidsmodeller mellom nivåene.

## **1.2 Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter**

Det ulike styrkeforholdet mellom 1. og 2. linjetjenesten er en utfordring og gir grunnlag for endringsarbeid. Etablering av felles organisatoriske enheter kan være en aktuell løsning for å styrke samhandlingen i tjenestene, imøtekomme det økende presset på kommunale tjenester og for å rette oppmerksomheten mot viktige oppgaver i gråsonen mellom tjenestenivåene. Interkommunalt samarbeid kan også være en mulighet for kommunene til å utnytte økonomiske stordriftsfordeler samt å etablere faglig kompetente enheter.

### **1.2.1 Interkommunale legevaktsamarbeidsordninger.**

Det er grunn til å tro at lokale leger i større grad vil ta del i legevaktsordningen dersom vaktbelastningen reduseres. Dette er viktig for å sikre samhandling der "vikarbruk" ofte kan ødelegge kontinuiteten. Tilstedevakt i stedet for hvilende vakt vil kunne bidra til høyere kvalitet, bl.a. ved å gi tilgang til laboratorie- og andre undersøkelser. Skal det etableres interkommunale legevaktsordninger med store legevaktdistrikt er det avgjørende at staten bidrar med refusjon til kommuner som har tilstedevakt for lege i vaktberedskap og for bakvakter i den enkelte kommune.

## **1.3 Lokal forankring av spesialisthelsetjenesten**

Muligheten for å prøve forskjellige organisasjonsmodeller i samarbeid mellom foretak og kommuner er et viktig skritt i retning av bedre samhandling. Dette er særlig viktig i en fremtidig strategi for å sikre drift av de små lokalsykehusene. De lokale sykehusene er avhengig av at pasientene og primærhelsetjenesten benytter sykehuset. Dette er viktig for å kunne opprettholde et godt tilbud til lokalbefolkningen.

## **1.4 Endringer i takst og refusjonssystemet**

Finansieringsordningene bør i sterkere grad understøtte kommunen som bestiller av tjenester og som ansvarlig for at befolkningen har et godt samlet helsetjenestetilbud. Den geografiske spredningen av legekontorer i kommunene, gir store utfordringer i samhandlingen mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Økonomiske ordninger som fjerner insentiv for oppstyking og som dermed motiverer til en ønsket utvikling om samhandling er nødvendig. En lokalt styrt refusjon ved stykkpris vil trolig være vanskelig å gjennomføre i praksis. Vi støtter derfor forslaget om en dreining i retning av større vektlegging av basisfinansiering og mindre vektlegging av stykkprisfinansiering.

Erfaringer viser at veiledning av kommunehelsetjenesten og satsning på ambulerende virksomhet i alminnelighet blir nedprioriterte oppgaver i sykehuset, fordi slik virksomhet er tidkrevende sammenliknet med å drive pasientbehandling på sykehus. En modifikasjon av så vel finansieringssystemet generelt som takst- og refusjonssystemet spesielt, vil kunne anspore spesialisthelsetjenesten til en omprioritering av veiledningsoppgaven overfor kommunehelsetjenesten og ambulant virksomhet i kommunene.

### **1.4.1 Finansiering av legemidler**

Videre støtter vi utvalget i at det innføres en ordning der trygdeetaten betaler for særlig kostbare medisiner til pasienter i sykehjem på lik line med de ordningene som er gjeldende ved behandling i omsorgsbustader og ved behandling i hjemmet. Eksempel er utgifter knyttet til kreftbehandling og kostbar antibiotikabehandling. "Blåreseptordningen" bør med andre ord gjelde uavhengig av hvor pasienten "bor" eller oppholder seg.

### **1.4.2 Kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter**

En ensidig betalingsplikt strider mot likeverdighetsprinsippet og vil representere en utfordring

i samhandlingen. Partene bør i større grad ha fokus på forpliktende samarbeidsrutiner som sikrer en tidlig dialog mellom sykehuset og kommunene slik at planlegging av tjenestetilbud kommer tidlig i gang og dermed bidrar til at et kommunalt tjenestetilbud er på plass når pasienten er utskrivningsklar.

### **1.5 Øremerket tilskudd til samhandling**

Utvalget er entydig i sin vurdering av at dagens finansieringsordninger og takstsystemer gir svært få insentiv til samhandlingstiltak. Dagens finansieringsordning har på en rekke områder en innretning som direkte motvirker effektiv samhandling. Det må fokuseres på ekstraordinære tiltak for å møte utfordringene på samhandlingsfeltet, og da særlig økningen i innleggelses av eldre med sammensatte helseproblemer.

Økt samarbeid medfører økte kostnader. Opprettelse av øremerket tilskudd er et positiv tiltak, men bør kun benyttes som delfinansiering. Formelle samarbeidsavtaler, utarbeidet i fellesskap, bør være en betingelse for utbetaling av tilskudd og antas å være et svært effektivt forslag.

Likeverdighetsprinsippet mellom partene tilsier at også helseforetakene bør kunne søke om samhandlingsmidler. I nærområdet til Helse Fonna er det helseforetaket som opptrer som koordinator og er den samlende part i samarbeid med 19 kommuner.

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

### **2.1 Brukermedvirkning**

Det er svært positivt at det settes fokus på brukerperspektivet i utvalgets utredning. Helse Fonna har positive erfaringer med Brukerutvalg. Brukerrepresentantene arbeider konstruktivt og det oppleves som en ressurs og er en viktig bidragsyter for å utvikle kvaliteten i tjenestetilbudet. Det er nylig opprettet likemannsarbeid for hjerte og lungepasienter i helseforetaket og en forventer positive erfaringer også med dette. Det er avgjørende at slike formaliserte fora for brukermedvirkning forankres i ledelsen.

I kommunene skal hensynet til brukeren komme frem gjennom politisk styring av tjenestene. En mer formalisert brukarmedvirkning krever ressurser. Brukermedvirkning bør være et krav til hele kommunen og ikke bare kommunehelsetjenesten, da flere deler av tjenesteapparatet ofte er involvert i samarbeidssaker.

Det er viktig å se helheten både på individ- og systemnivå. Et etablert system for høringsuttalelser fra brukerorganisasjoner og gjennomføring av høringer i forbindelse med plan- og budsjettprosesser kan være et annet viktig redskap som kan formaliseres. Partene ser det som positivt at det etableres brukerutvalg i kommunene. Det bør lages enkle ordninger som fungerer og ikke byråkratiske ordninger som er lite formålstjenlige. Kommunene har eldreråd, råd for funksjonshemmede og enkelte har også brukerutvalg. Slike råd bør ses i en sammenheng. Opprettelse av en rekke brukerutvalg vil kunne føre til en del utfordringer, men også en mulighet til å opprette egne lokale/regionale brukerforum.

### **2.2 Individuell plan**

Individuell plan er en rett og en pliktbestemmelse i helselovgivningen og det er viktig å sikre at alle som har rett på individuell plan får utarbeidet dette. Det er nødvendig både med mer informasjon/opplæring, men også en tydeliggjøring av ansvarsforhold. Avgrensningen "Pasienter som krever langvarige og koordinerte tjenester" bør tydeliggjøres slik at det blir klarere hvem som har rett til individuell plan. Ressursbruken må nøye vurderes i forhold til forventet resultat og med prioritering av de svakeste pasientgruppene.

Det er enighet om at kommunehelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten, og skal være hovedansvarlig for individuell plan. Spesialisthelsetjenesten bør fortsatt være ansvarlig for å initiere og medvirke i arbeidet med individuell plan når de yter tjenester til pasienter som har en slik rett. Privatpraktiserende helsepersonell må også forpliktes til å delta i dette arbeidet.

Ulikheter i regelverket mellom somatisk og psykisk helevern skaper uklarheter om rettigheter og plikter og bør samordnes.

Forslagene i punkt 10.2.2. virker fornuftige med unntak av den nasjonale rapporteringen. Det bør være sterke grunner for å pålegge kommuner og helseforetak mer rapportering enn det som allerede finnes. Kravet om rapportering bør f. eks. kunne ivaretas gjennom IPLOS som skal gjennomføres i alle kommuner fra 01.01.06. Tilsynet med tjenestene på dette området bør kunne utøves som for de andre områdene innenfor helsetjenesten.

Elektroniske løsninger samt en felles nasjonal mal vil ha en avgjørende betydning for fremdriften. Det er også en fordel at utvalget vil binde aktørene juridisk som bidragsyttere til individuell plan. Individuell plan bør også være juridisk forpliktende mellom kommuner og helseforetak. Retten til individuell plan bør være en del av internkontrollsystemet både på sykehuset og i kommunene.

### **2.3 Pasientansvarlig lege**

Det er delte meninger mellom partene om ordningen med pasientansvarlig lege bør opprettholdes eller avvikes som generell ordning og kun brukes i særskilte tilfeller. Pasientansvarlig lege ivaretar ansvaret for koordinering av pasientkontakten under sykehusoppholdet. Dette er en vesentlig forutsetning for god pasientkvalitet, logistikk og kostnadseffektivitet. Tydelighet i ansvar samt oppgavefordeling mellom pasientansvarlig lege og fastlege/tilsynslege i kommunene er helt nødvendig for pasienter som har behov for koordinerte tjenester.

Det bør være egne nasjonale kriterier for hvilke pasienter som skal ha rett til pasientansvarlig lege. Det kan også være viktig å forskriftsfeste retten til pasientansvarlig sykepleier. Samhandling må fremheves som en viktig oppgave.

### **2.4 Styrking av pasientopplæring og informasjon**

Pasienter med langvarige og kroniske sykdommer eller funksjonshemning må sikres et tilbud om pasientopplæring dersom dette kan bidra til å øke eller opprettholde selvstendighet og funksjonsnivå.

Pasienttilfredshetsundersøkelsene viser at pasientopplæring og informasjon er en viktig forutsetning for god brukermedvirkning. Helsetjenesten bør sammen med brukerorganisasjonene, styrke informasjonen til pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon. Det bør også gis opplæring i hvordan informasjon kan søkes – ”hjelp til selvhjelp”.

#### **2.4.1 Utvikling av Lærings- og mestringssentrene**

En fortsatt utvikling av Lærings- og mestringssentrene bør prioriteres. Spesialisthelsetjenesten har og skal, i følge Spesialisthelsetjenesteloven, fortsatt ta sin del av ansvaret for opplæring av helsepersonell, pasienter og pårørende. Det er likevel enighet om at det i fremtiden er kommunehelsetjenesten som skal være helsevesenets bærebjelke. Det er derfor viktig at en fortsatt utvikling av Lærings- og mestringssentra må skje i et kommunehelsetjenesteperspektiv.

#### **2.4.2 Styrking av (re)habiliteringstjenesten**

Helseforetakene og kommunehelsetjenesten bør samarbeide for å sikre pasienter og brukerne en god (re)habiliteringstjeneste. Viser til uttalelse i punkt 1.1 og 1.2.

#### **2.5 Utvidelse av pasientombudsordningen**

Pasientombudsordningen utvides til også å gjelde kommunene. I tillegg til kommunehelsetjenesten bør ordningen også omfatte sosialtjenester, trygdekontor og Aetat. Personellens informasjonsansvar om pasientombudsordningen bør skjerpes.

#### **2.6 Helhetlig tilsyn**

Fylkeslegen bør ha helhetlig tilsyn med helsetjenestene både i helseforetak og kommunene. En samlet organisering av tilsynet kan bidra til at samhandlingsperspektivet sikres. Krav til samhandling må uttrykkes gjennom forskrifter, lover og kvalitetsindikatorer.

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

#### **3.1 Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunene**

Det er en stor utfordring å få legene og andre private aktører involvert i samhandlingstiltak. Dette er et område som må prioriteres. Utviklingen de siste årene tilsier at det må settes inn tiltak for å bedre samhandlingen med legene f. eks. gjennom takster som vektlegger samarbeid. I særlig grad gjelder dette tilbudet til brukergrupper med sammensatte og alvorlige lidelser over lang tid, - på sykehjem, omsorgsboliger og i egne hjem. Det er fint at utvalget har satt fokus på dette og at det stilles konkrete krav til legene på dette punktet.

Videre er det enighet om at kommunene må kunne nytte fastlegene til samfunnsmedisinsk arbeid innenfor de 7,5 timene som kommunene kan pålegge legene. Kommunene må selv kunne definere hva som er offentlige legeoppgaver. Eksempelvis kan enkelte leger ta del i utarbeidelse av individuell plan og eventuelt definere fastlegen inn i dette i etterkant.

Det bør kunne stilles krav ut fra gjeldende regler i forhold til listesammensetning, antall listepasienter samt åpningstid i forhold til listelengde. Videre bør legene kunne honoreres i forhold til antall listepasienter med sammensatte lidelser/eldre. Kvalitets og funksjonskrav burde være innlysende sett fra Pasientrettighets- og Helsepersonelloven.

#### **3.2 Krav til ledelse og oppfølging av samhandling**

Samhandling krever forankring i toppledelsen slik utvalget påpeker. Kulturbygging, intern tilrettelegging, vilje til å avsette nødvendige ressurser til arbeid knyttet til samhandling er helt avgjørende. Resultater på samhandlingsområdet må prioriteres og kobles til resultat- og måltallsoppfølging på alle nivåer. Avvikshåndtering knyttet til rutiner for samhandling bør være en del av den interne IK kontrollen.

#### **3.3 Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner**

Det er av stor verdi at foretak og kommuner utarbeider formaliserte avtaler som setter samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene på agendaen. Partene mener at det er av avgjørende betydning at avtalene utformes i fellesskap og at de er gjensidig forpliktende. Avtalene må forankres på øverste ledelsesnivå samt godkjennes i foretaksstyre og kommunestyre.

Helse Fonna har svært gode erfaringer med forpliktende samarbeidsavtaler med kommunene i nedslagsfeltet. Tilbakemeldinger og evalueringer både fra kommunene og

sykehusene er entydig positive. Det er imidlertid viktig at avtalene følges opp gjennom jevnlig samhandlingsmøter, hvor en drøfter bl.a. avviksmeldinger og andre praktiske utfordringer i samhandlingen. Viktige fokusområder for samarbeidsavtaler bør være inn- og utskrivningsplanlegging, informasjonsutveksling, gjensidig hospitering samt rutiner for opplæring/veiledning av kommunehelsetjenesten. Samhandlingsmøter bør også etableres på administrativt og politisk nivå.

Den politisk forankring har vært av avgjørende betydning med for å få til det gode samarbeidet som er etablert i Helse Fonna sitt nedslagsfelt. Forankringen ga arbeidet en tyngde som vi fortsatt har nytte av. Det kan være en fordel å etablere nasjonale maler for avtaler. Dette kan imidlertid skape utfordringer i selve prosessen med å skape eierskap og en lokal forankring i samarbeidet.

### **3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten**

Rehabilitering/habilitering synes å være et nedprioritert område i helsetjenesten. Vi støtter utvalgets intensjoner om økt fokus og samarbeid rundt rehabiliteringstilbudene i sin helhet. En omlegging av opptreningsinstitusjonene vil gi tydeligere rammer for rehabiliteringstilbudene.

### **3.5 Én adresse for samhandling i kommuner og foretak**

Å etablere én henvendelsesadresse i foretaket og i kommunene vurderes som prinsipielt viktig for en effektiv og samordnet administrering og planlegging av helsehjelp. Imidlertid forutsetter dette en god intern kommunikasjon slik at det ikke bidrar til uønsket sentralisering.

Helse Fonna har svært gode erfaringer med dette i eget foretak og i de samarbeidende kommunene. Det har vært viktig for Helse Fonna å gjøre organisatoriske tilpasninger i arbeidet med å få alle kommunene i regionen med i samarbeidet. Det ville ellers vært svært vanskelig å samhandle effektivt med 19 kommuner uten disse tilpasningene. Én adresse for samhandling har stor verdi bl.a. ved inn- og utskrivningsplanlegging, men må imidlertid ikke være til hinder for kommunikasjon og kontakt mellom faggruppene i enkeltsaker.

### **3.6 Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling**

Informasjonsflyt for viktige samhandlingsområder knyttet til inn- og utskrivningsplanlegging bør være en viktig del av de forpliktende samarbeidsavtalene. En annen viktig forutsetning for samhandling er at økonomiske, organisatoriske og praktiske rammebetingelser er lagt til rette for elektronisk pasientjournal som kan kommuniseres mellom tjenestenivåene.

Epikriser er en særlig utfordring i samhandlingen. Tiltak må iverksettes som sikrer at epikriser og fagrapporter følger pasienten ved utskrivning fra sykehus til et kommunalt tjenestetilbud. For pasienter med behov for koordinerte tjenester er det ikke tilfredsstillende selv om helseforetakene når målet om at 80% av epikrisene er sendt ut innen 7 dager etter utskrivning. Forslag til tiltak kan for eksempel være at pasienten ikke er utskrivningsklar før slik dokumentasjon foreligger.

På samme måte må kommunehelsetjenesten sikre at nødvendig informasjon følger pasienter ved innleggelse.

#### **3.6.1 Elektronisk informasjonsutveksling**

Det bør utarbeides nasjonale standarder for elektronisk informasjonsutveksling. Videre må det gjøres juridiske avklaringer som sikrer både personvern og hensyn til samhandlingsbehovet mellom partene. Det er delte meninger om dagens utfordringer

skyldes et rigid regelverk eller om det er personavhengige tolkninger. Partene ville spare tid og ressurser ved at det ble opprettet et nasjonalt system på Norsk Helsenett. Med en slik løsning ville en unngå å flytte meldinger mellom systemene som bl.a. kan medføre mange potensielle feilkilder. Dette vil også løse de problemene en i dag har med informasjonsutveksling knyttet til medikamentopplysninger.

### **3.7 Gjensidig veiledningsplikt**

Gjensidig veiledning mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten er en viktig forutsetning for en sammenhengende helsetjeneste. Kommunene har bl.a. høy kompetanse inne enkelte felt bl.a. knyttet til aldersdemente og pasienter som har store kommunikasjon og atferdsvansker. Det er viktig at helseforetakene er oppmerksom på dette og at det opprettes samarbeidsmodeller som gjør kompetanseoverføring mulig mellom nivåene. Dette bør innarbeides i samarbeidsavtalene slik at de administrative og økonomiske forpliktelsene ivaretas både generelt og for veiledning knyttet til enkeltpasienter.

## **3.8 Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring**

### **3.8.1 Forskning**

Forskning er i dag i hovedsak knyttet til klinisk forskning. En god ressursutnyttelse forutsetter at det gjøres endringer på systemnivå. Det er derfor behov for økt kunnskap om hvilke områder som gir den største effekt/gevinst. Videre at det forskes på de behandlingsområdene som er mest samhandlingskrevende samt på metoder for god samhandling. Forskningsmidler må omprioriteres for å kunne realisere dette.

Helse Fonna har tatt initiativ til et forprosjekt med UiB med tanke på forskning innen dette feltet.

### **3.8.2 Hospitering**

Erfaringer med gjensidig hospiteringsordning med fokus på hele pasientforløpet for helsepersonell i Helse Fonna området viser svært gode evalueringresultater. Hospiteringen bidrar til en større grad av forståelse for partenes utfordringer. Ordningen er også en viktig for å etablere faglige nettverk mellom personell i 1. og 2. linjetjenesten.

### **3.8.3 Praksiskonsulentordningen**

Praksiskonsulentordningen er etablert i Helse Fonna og er det foretaket som har hatt ordningen lengst i drift. Partene er enig i utvalgets innstilling om å trekke andre faggrupper inn i praksiskonsulentordningen. Det bør videre etableres en nasjonal samordning og standarder slik at en sikrer en god ressursutnyttelse. Dette er viktig fordi praksiskonsulentordningen er kostbar for helseforetakene.

Det er av avgjørende betydning at kommuner og foretak sikrer hospiterings- og praksiskonsulentordningene i plan- og budsjettarbeidet.

### **3.8.4 Opplæring**

Et helhetlig helsetjenestetilbud handler mye om holdninger og en felles forståelse. I det daglige arbeidet i helsetjenesten er det mange viktige forutsetninger både på individ-, gruppe- og systemnivå som påvirker i hvilken grad teamarbeid og det intersektorielle samarbeidet fungerer. Aktørenes samarbeidserfaring, kompetanse i gruppedynamiske prosesser og kunnskap innenfor dette området, påvirker i stor grad samarbeidsresultatene. Dette er bl.a. knyttet til de ulike faggruppens grunnutdanning og veiledning/videreutdanning.

Det er derfor viktig tema som må sikres på systemnivå slik at det blir en del av all opplæring i den enkelte organisasjon. Videre må temaet sikres i plan for grunn- og videreutdanning for alle fagprofesjonene.

### **3.8.5 Organisatorisk tilrettelegging**

Helse Fonna har opprettet en egen organisasjonsenhet med ansvar for samhandling med kommunene. Erfaringene viser at en slik organisatorisk enhet har en viktig rolle som pådriver og koordinator i samarbeidet. Det vil ofte være behov for at noen ivaretar en pådriverrolle i tillegg til en forankring i etablerte lederstrukturer.

Erfaringer fra Helse Fonna regionen tilsier at denne koordinator- og pådriverfunksjonen naturlig hører hjemme i helseforetaket. Særlig er dette viktig for å kunne sikre en helhet i samarbeidet når helseforetakene består av flere sykehus. Et økonomisk samhandlingstilskudd bør bidra til å finansiere et slikt koordinerende ledd uavhengig om det er lokalisert til foretak eller kommune.

## **4. Sluttkommentar**

"Eldreboelgen" og pasienter med kroniske og sammensatte lidelser vil utvilsomt gi utfordringer for helsetjenesten i sin helhet. Flere og flere pasienter vil i fremtiden ha behov for et helsetjenestetilbud både på kommune- og på spesialisthelsetjenestnivå. Dette legger et ytterligere press på at samhandlingen fungerer optimalt både innad i den enkelte virksomhet og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Partene er enig med utvalgets vurdering om at grunnlaget for bedre samhandling i helsetjenesten ikke ligger i en stor helsereform, men i mange små enkelttiltak.

Erfaringer fra Helse Fonna regionen viser at forpliktende samarbeidsavtaler bidrar til en bedre dialog, en tydeligere ansvarsfordeling og samarbeidet er mer systematisk og målrettet. Samarbeidet fører til en positiv kvalitetsutvikling i den enkelte virksomhet. Videre bidrar avtalene til "at det skapes orden i eget hus" ved at samarbeidet forutsetter at interne rutiner evalueres og videreutvikles.

De ulike tiltakene representerer en innholdsreform snarere enn en strukturreform og bør gjelde tre hovedområder:

- Styrking av pasientperspektivet
- Målrettede tiltak for bedre samhandling
- Økonomiske insentiver