



Helse-og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Finnsnes den 20. mai 2005

## **HØRINGSUTTALELSE NOU 2005:3 FRA STYKKEVIS TIL HELT – EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE (WISLØFF-RAPPORTEN)**

Det vises til høringsbrev datert 01.03.2005 hvor Helse-og omsorgsdepartementet ber om høringsinstansenes syn på de vurderinger og forslag til tiltak som framlegges i NOU 2005:3 for å bedre samhandlingen i helsetjenesten.

Prosjektet Distriktsmedisinsk Senter Midt-Troms (DMS Midt-Troms) har gjennomgått innstillingen med utgangspunkt i den forankring som prosjektet har i de 10 kommunene som DMS ønsker å rette sin virksomhet mot. Dette er kommunene Berg, Torsken, Tranøy, Sørreisa, Dyrøy, Lenvik, Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen. Prosjektet har i tilbakemeldingen tatt utgangspunkt i den virkelighetsbeskrivelse og de behovsvurderinger som er framkommet i prosjektperioden, både gjennom et utstrakt interkommunalt samarbeid på helse-og sosialsiden og gjennom prosjektets samhandling med helseforetakene i området.

### **1. ØKONOMISKE OG ORGANISATORISKE RAMMEBETINGELSER**

#### **• Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter (pkt. 10.4.1)**

Ved å åpne for løsninger hvor kommuner kan delegere både arbeidsoppgaver og forvaltningsmyndighet til interkommunale organ, muliggjøres i større grad lokalt tilpassede organisasjonsmodeller som innenfor flere felt kan forbedre både kvalitet på tjenesten og sette samhandling i fokus. Spesielt for mindre kommuner er det svært problematisk å opparbeide og vedlikeholde kompetanse på alle de ulike fagområder innen helse-og sosialsektoren. Etter vår mening vil en lovendring på dette feltet stimulere til å riste liv i mange sovende eller svake områder i kommunehelsetjenesten. Vi ser eksempelvis allerede at det popper opp interkommunale samarbeidsløsninger innenfor samfunnsmedisinske oppgaver som miljøretta helsevern og smittevern, etter at det her ble adgang til å delegere myndighet til interkommunale organ. Vår erfaring er at både politikere og administrasjon i kommunene er positive til å delegere myndighet til interkommunale organ dersom de føler at deres egen forvaltning på området ikke er god nok. Og dersom de er betrygget på at den organisatoriske modellen for samarbeidet vil ivareta enkeltkommunens innbyggere på en forsvarlig måte. Så lenge "sørge for" ansvaret ligger i kommunene, må disse interkommunale løsningene ses på som et redskap på lik linje med en ren kommunal tjenesteløsning.

Utvalget snakker en del om rettslige og organisatoriske overbygninger for denne type interkommunalt samarbeid og mulighetene for at en slik overbygning kan bli en mer likevektig partner overfor spesialisthelsetjenesten, enn det den enkelte kommune er i dag. Denne måten å tenke på er sentral i arbeidet rundt etablering av Distriktsmedisinske Sentra. Flere steder i landet, inkl. her i Midt-Troms, arbeides det aktivt for å samle det interkommunale samarbeidet på helse-og sosialsiden under en DMS-paraply, nettopp for å utgjøre en tyngre partner for helseforetak, både mht. samarbeid generelt og avtaleinngåelser spesielt. Dette har en nær sammenheng med at foretaksreformen har fjernet kommunenes muligheter for innflytelse og påvirkning inn i sykehussektoren via den regionalpolitiske kanalen. Dermed sitter man i realiteten igjen med enkeltkommune – enkeltforetak – forhold, hvilket er en uholdbar løsning i et samhandlingsperspektiv, for alle unntatt kanskje de aller største vertskommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 1

S.nr. 200500444-56



- **Forsøk med nye organisasjoner (pkt. 10.4.2)**

Vi er svært enige i viktigheten av å prøve organisatoriske modeller som ikke faller inn under dagens rammer. Dette for å utvide kunnskapsgrunnlaget i forhold til hva som kan stimulere til samhandling og helhet i helsetjenesten, og hva som ikke har en slik effekt. Felles sameie kan stimulere til en sterkere forankring hos begge parter, felles ansvarsfølelse og dermed gode forutsetninger for å kunne arbeide i lag mot felles mål, uavhengig av nivå. DMS eller lignende institusjoner, hvor primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal operere sammen på en felles arena i umiddelbar nærhet til pasientene og deres lokalmiljø, vil uten tvil være ett av de best tilrettelagte områder for slike forsøksordninger. Spesielt vil dette gjelde forsøk med sameie mellom kommuner (en eller flere) og foretak, men man kan også i et DMS se for seg forsøksordninger hvor kommunehelsetjenesten på spesifikke områder kan overta "sørge for" ansvaret til spesialisthelsetjenesten, og få overført helseforetakenes finansiering for dette området. Et eksempel her kan være spesialisthelsetjenestens ansvar for pasientopplæring. Når man skal prøve ut forsøksordninger hvor kommunehelsetjenesten får overført "sørge for" oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, vil det være viktig å starte forsøkene innenfor de områdene som fungerer dårligst med dagens organisering, der hvor det svikter mest. Et område med stort forbedringspotensiale er ansvaret for veiledning av kommunehelsetjenesten. Her kan man eksempelvis se for seg forsøk hvor DMS får overført ansvar for å veilede nedslagskommunene, innenfor de fagområder og overfor de pasientgrupper som mottar desentraliserte spesialisthelsetjenester i DMS, eksempelvis i en intermediæravdeling eller sykestue. Vår tanke er at et DMS med sterk forankring i kommunehelsetjenesten, vil ha en bedre forutsetning for å lage og effektivere gode modeller for kompetanseoverføring ut til de enkelte kommuner, bl. annet gjennom nettverksarbeid og fastlagte hospiteringsordninger.

- **Lokal forankring av spesialisthelsetjenesten (pkt. 10.4.3)**

Se kommentarer knyttet til Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter, og bruk av DMS som en organisatorisk overbygning for det interkommunale samarbeidet på helsesiden. Vi er enige i at verken regionrådene eller KS fylkesavdelinger er egnede forhandlingspartnere for helseforetakene. Når strategien nå skal legges for det videre arbeidet med avtaleinngåelse mellom 1 og 2 linje, bør HOD og KS merke seg at store variasjoner mellom kommunene, både i størrelse, ressurstilgang og tjenestebehov, fordrer fleksibilitet og en del valgfrihet i de løsninger som legges fram for partene. Her må også DMS være vurdert som rettslig bindende overbygning, i de regioner eller områder hvor det kan være hensiktsmessig.

- **Generelt om økonomiske virkemidler (pkt. 10.4.4)**

Økonomiske virkemidler er svært viktige. Vi er helt enige i utvalget vurderinger omkring stykkprisfinansieringen og dens mangler ift. å stimulere til samhandling og prioritering av samhandlingskrevende pasienter. Beslutningen om å øke ISF finansieringen til 60 % vil ikke bare svekke forutsetningene for samhandling i helsetjenesten, etter vårt syn vil den også ramme det tjenesteområdet som kanskje har de største utfordringene framover, nemlig pleie- og omsorgstjenestene. Det er her personer med sammensatte og langvarige behov ivaretaes til daglig og det er her man merker at disse pasientgruppene ikke er økonomisk lønnsomme, verken for spesialisthelsetjenesten eller for fastlegene. En av de viktigste erkjennelser som utvalget presenterer er at strukturelle endringer på ett nivå, i de fleste tilfeller får store konsekvenser for det andre nivået. Derfor er det svært viktig med gjensidige konsekvensanalyser før endringer iverksettes. Vårt inntrykk er at dette ikke har vært tilstrekkelig prioritert i debatten omkring stykkprisfinansieringen.

- **Forslag til endringer i takst- og refusjonssystemet (pkt. 10.4.5)**

Vi er her helt enige i utvalgets vurderinger. Vi merker oss spesielt utvalgets presisering av å se nærmere på finansieringen av veiledning og ambulerende virksomhet, da dette er tiltak som direkte stimulerer kompetanseoppbyggingen ute i kommunehelsetjenesten.



Under dette punktet vil vi også få bemerke at takst- og refusjonssystemet bør stimulere til etablering av desentraliserte sengeposter eller sykestuesenger. Med dagens refusjonssystem gis det ikke ISF-refusjon til behandling av pasienter i sykestuer. Både gjennom praksis og forskning synes det rimelig godt dokumentert at sykestueplasser kan gi et kvalitativt godt tilbud til utvalgte pasientgrupper. Brukt på rette måten overfor de riktige pasientgruppene er tilbudet også kostnadseffektivt. Tilbudet er også viktig med tanke på å fremme samhandling mellom primær- og spesialisttjenesten, for eksempel kan kommunene gjennom hospitering i sykestua øke sin kompetanse, og dermed kunne ta pasienter tidligere hjem fra sykehus. Sykestua vil i mange tilfeller sikre helhetlige pasientforløp, med et skreddersydd tilbud, spesielt for eldre og kronisk syke pasienter. Med dagens system stimuleres det ikke til etablering av flere sykestuesenger, og det oppfordres derfor til at også behandling i sykestuer kan få ISF refusjon.

- **Legemidler og finansiering (pkt. 10.4.5)**

Også her er vi helt enige i utvalgets anbefalinger. Dette er nødvendige endringsprosesser som må iverksettes for å ikke lage unødige hinder i pasientenes ferd mellom sykehus, kommunale institusjoner og eget hjem eller omsorgsbolig.

- **Interkommunale legevaktsamarbeidsordninger (pkt. 10.4.5)**

Gjennom erfaringer fra legevaktsamarbeid i egen region, kan vi bekrefte at de økonomiske problemstillinger som reises av utvalget, er høyst reelle. For flere av kommunene i samarbeidet, er en interkommunal løsning betydelig mer kostnadskrevende enn en lokal løsning. Det virker lite stimulerende å jobbe med samarbeid og samhandling for å oppnå en bedre kvalitet og stabilitet i helsetjenesten, når organisatoriske og juridiske hindringer arbeider i motsatt retning. Vi ser derfor fram til at det etableres en ordning som gjør de interkommunale legevaktsarbeidene konkurransedyktige med de rent kommunale.

- **Et øremerket tilskudd til samhandling (pkt. 10.4.6)**

Vi mener at samhandlingstiltak må utformes og avtales lokalt for at de skal være gode og gjennomførbare. Å kanalisere samhandlingsmidlene til kommunene, er et viktig signal i så måte. Vi er enig i utvalgets kriterier ift. viktigheten med å knytte midlene til formaliserte samarbeidsavtaler mellom partene med avtalt egeninnsats for å sikre forankring. Vi er imidlertid ikke enig i at samhandlingsmilliarden kun skal stimulere/gjelde samhandlingstiltak mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Utvalget påpeker selv viktigheten av interkommunalt samarbeid, samt samhandling innad i kommunene, mellom de ulike tjenesteområder jfr. sitat ”...de aller fleste brukere av helsetjenester mottar et langt større og mer omfattende tilbud av kommunen enn av spesialisthelsetjenesten..... for brukere av disse tjenestene er det ofte viktigere at de ulike tjenesteenhetene i kommunene har god kommunikasjon med hverandre og en felles forståelse av behov og mål, enn om samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten fungerer godt”. På samme måte som utvalget med dette ikke mener å framstille det ene som viktigere enn det andre, er det viktig for oss å påpeke at stimuleringsstiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenesten må ha fokus på helhetlige og sammenhengende pasientforløp i hele behandlingkjeden, uavhengig av om tjenesteyterne som ønsker å samarbeide, sorterer under 1 eller 2 linje. Et godt eksempel her er samhandling mellom psykiatri og somatikk, uavhengig av nivå. Det er dessuten slik at mulighetene for god samhandling mellom nivåene, i stor grad avhenger av at kommunene kan framstå som samlet, både innad i hver enkelt kommune og at kommunene i regionen/området kan samle seg for å melde behov og meninger i dialog og forhandlinger med helseforetaket, jfr. tidligere nevnte argumenter for interkommunalt samarbeid og organisatoriske overbygninger.

Vi vil derfor foreslå at utvalget utvider stimuleringsordningen til også å gjelde: samhandlingstiltak mellom kommuner og mellom de ulike tjenesteområdene innad i kommunenes helse- og sosialtjeneste, dersom disse tiltakene har som mål å oppnå en bedre pasientflyt og helhet i



tjenestetilbudet, og samtidig har samhandling som metode. Slike tiltak vil i mange områder av landet være en forutsetning for å kunne planlegge og iverksette større samhandlingstiltak mellom kommuner og foretak.

## 2. FORSLAG KNYTTET TIL PASIENTPERSPEKTIVET

### • **Brukermedvirkning (pkt. 10.2.1)**

Brukermedvirkning er viktig, nyttig og nødvendig. Den respektive bestemmelsen i helseforetaksloven pålegger å etablere systemer for å innhente pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Utvalget snakker i sin anbefaling om formaliserte fora, hvor kommunene må tilrettelegge og ivareta sekretær- og saksbehandlingsfunksjoner. Vi vil her påpeke at en tilsvarende bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven må åpne for lokale løsninger og en samordning mellom det som allerede er operativt i kommunene på den kollektive brukermedvirkningssiden, slik som Eldreråd og Råd for funksjonshemmede. Man kan også tenke seg løsninger med interkommunale brukerutvalg, spesielt mellom kommuner som har et felles knutepunkt rundt eksempelvis et Distriktsmedisinsk Senter, eller andre former for interkommunalt samarbeid på helse- og sosialsiden. Vi anser det derfor som viktig at lovforslaget gir kommunene stor frihet til selv å organisere lokale løsninger ift. dette kravet om brukermedvirkning.

### • **Individuell plan (pkt. 10.2.2)**

Vi er enig i utvalgets beskrivelse av IP som et godt verktøy, forutsatt riktig bruk. Med riktig bruk menes at planarbeidet ikke blir for omfattende og byråkratisk og at antallet planer begrenses til de pasienter og brukere som har nytte av en slik plan, nemlig de som har behov for svært mange tjenester og mye hjelp fra ulike tjenesteområder, i et lengre tidsperspektiv. Den hittil diffuse ansvarsfordelingen mellom kommune og foretak ift. å initiere og følge opp IP for denne type pasienter, må etter vår oppfatning ta mye av skylda for manglende praktisering. Et annet faktum er at IP ikke utløser tjenester på samme måte som et enkeltvedtak og at pasientene dermed ikke har rettskrav på å motta de tjenester som planen beskriver, i det omfang eller med den kvalitet som pasienten eller de som samarbeider rundt pasienten ønsker. Dette er nok en ikke ubetydelig faktor ift. motivasjonen hos både pasienter og helsepersonell når det gjelder å etterspørre eller initiere til IP. En informasjonsstrategi rundt IP må etter vår mening ta utgangspunkt i dette, og legge tyngde på å forklare fordelene ved en slik samordningsplan.

At ansvaret for IP nå legges til kommunene opplever vi som naturlig, i og med at det er her de aller fleste pasienter oppholder seg og mottar størstedelen av sine tjenester. Vi ønsker imidlertid å forsterke utvalgets innstilling med at spesialisthelsetjenesten ikke bare plikter å medvirke men også plikter å initiere/henvende seg til kommunene for å få i gang planarbeidet rundt pasienter de mener har behov for slik plan. At plikten til å delta innlemmes i regelverket knyttet til aktuelle samarbeidspartnere som privatpraktiserende helsepersonell, mener vi er en forutsetning for at satsingen på IP skal lykkes. Kommunen som koordinerende enhet har ikke mulighet til å planlegge og samordne på vegne av mange aktører, dersom disse aktører ikke er involvert i prosessen. Reell deltagelse – ikke bare fra pasienten men også fra andre tjenesteaktører og nivå – er derfor en forutsetning for en vellykket effektivering av IP. En annen viktig forutsetning vil være å fokusere på hvilket omfang en IP skal ha. Det skulle ikke forbause oss om situasjonen er slik at de fleste som opplever IP som bare papir og byråkratisk ekstraarbeid, sannsynligvis har laget alt for detaljerte og omfattende IP. En del av skylden for dette ligger i at det er så mye forskjellig på markedet av maler og retningslinjer, kurs og opplæringstilbydere. Det er vårt inntrykk at spesielt innenfor psykisk helsevern og hos kommersielle leverandører av elektronisk programvare til helse- og omsorgssektoren, er det utviklet kompliserte og til dels svært omfattende systemer for IP. Dersom IP får lov å utvikle seg ytterligere i en slik retning, i tillegg til at stadig flere pasienter skal ha oppfylt kravet om IP, vil det å legge ansvaret for praktiseringen over på kommunene alene utgjøre en liten reform i seg selv og kreve store tilleggsressurser. Vi vil derfor anbefale at departementet gjennom sitt planlagte fokus på IP, igangsetter et slags ”oppryddings- og forenklingsarbeid” på IP-feltet, hvor resultatene bringes ut til kommunene i form av ukompliserte



og standardiserte redskaper til bruk i arbeidet. Vi støtter forslaget om rapportering om IP-bruken fra kommuner til sentrale myndigheter, forutsatt at slik rapportering kan innlemmes i IPLOS (for pleie- og omsorgspasienter) og forøvrig i KOSTRA, slik at man på et tidlig stadium kan evaluere nytteverdien av IP opp mot dokumentert ressursbruk. Dette er svært viktig fordi den forutsatte opptrappingen av IP arbeidet i kommunene ellers bare vil føye seg inn i rekken av udokumentert administrativt arbeid som tar opp mye personellressurser men som ikke anses som direkte tjenesteyting og dermed usynliggjøres i forvaltningen. Dette vil gå ut over kommuner som har mange pasienter eller brukere med behov for IP.

Vi er enige i uhensiktsmessigheten med at IP skal være obligatorisk for øremerkede grupper av pasienter, slik dagens regelverk legger opp til for pasienter innenfor psykisk helsevern. Tatt i betraktning at IP er en arbeidskrevende prosess som skal følges opp i nært samarbeid med pasienten, vil det være viktig at hver enkelt pasients behov for IP blir vurdert nøye, uavhengig av diagnose. Når det konkrete arbeidet med IP nå overføres fra begge nivå til bare kommunene, vil det også måtte være slik at avgjørelsesmyndighet ift. hvilke pasienter som har krav på plan og hvilke som ikke har krav, må ligge på kommunen alene og ikke på begge nivå som før. Selvfølgelig med vanlig klageadgang.

For øvrig vil vi generelt si oss uenig i utvalgets konklusjon i pkt. 11.1.1 hvor det ikke anslåes økte kostnader knyttet til endringene rundt individuell plan. Spesielt med tanke på den stipulerte økningen i antall personer med IP, at kommunene nå ikke kan regne med at spesialisthelsetjenesten tar unna halvparten samt at utvalget snakker om å utvide dagens koordinatorfunksjon i kommunene til også å omfatte et personlig oppfølgingsansvar i forhold til alle bidragsyttere. Det er innlysende at dette vil medføre økte kostnader for kommunene, ettersom man da vil trenge flere koordinatører og koordinatorene får utvidede oppgaver. Det er vår generelle oppfatning at satsingen på IP ikke vil få den forventede oppslutning dersom ikke rammebetingelsene for kommunene på dette feltet blir tilpassa den åpenbare økningen i behov for personell og kapasitet.

- **Pasientopplæring og informasjon (Pkt. 10.2.4)**

Selv om ansvaret for pasientopplæring ligger på spesialisthelsetjenesten så har kommunehelsetjenesten mange grenselignende oppgaver, spesielt innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid samt innen feltet rehabilitering og habilitering. Det vil derfor være både viktig og naturlig at de etablerte lærings- og mestringssentrene nå kan utvikle seg til å bli en arena også for kommunehelsetjenesten, hvor samhandling og felles læring mellom helsepersonell generelt (uavhengig av nivå) og pasienter/brukerorganisasjoner settes i fokus. Det er vårt generelle inntrykk at lærings- og mestringssentrene i sykehusene har mye å hente på en sterkere samhandling med kommunene. Ikke minst fordi helse- og sosialtjenesten i kommunene i de aller fleste tilfellene kjenner pasientene og pasientbehovene bedre enn spesialisthelsetjenesten og har mulighet for en bedre dialog, en bedre kartlegging av behov, avdekking av svikt osv. En annen fordel er at man kan utvide dialogen med brukerorganisasjoner til ikke bare å gjelde sykehusets vertskommune eller fylkeslag, men faktisk også bruke kommunene som redskap for engasjere lokallag og foreninger i sterkere grad enn i dag. Videre tilsier transportreformen at det å gjennomføre pasientopplæring så geografisk nært pasientens bosted som mulig, vil gi innsparinger for helseforetaket. Her vil en desentralisert arena som et DMS være optimalt. I en rekke DMS eller lignende prosjekter, institusjoner eller organisasjoner er det i dag etablert egne enheter for kompetanse- og kvalitetsutvikling i nedslagskommunene, eks. her er LØKTA interkommunale kompetansenettverk i DMS Midt-Troms og Kunnskapscenteret i tilknytning til Steigentunet i Steigen kommune. Vi merker oss at utvalget har sett viktigheten av å sette av stimuleringsmidler til kommuner eller interkommunale samarbeid for å øke innsatsen innen pasientopplæring og informasjon også på lokalt nivå. I mange områder er lærings- og mestringssentrene relativt nyetablerte og har ikke fått ”gått seg helt til”. I og med at de er foretaksorganiserte, - finansierte og



- lokaliserte er det ikke automatikk i å tilrettelegge arenaen også for helsepersonell i kommunehelsetjenesten, og i vår region er det ikke etablert noe formelt samarbeid mellom kommuner og lærings- og mestringssentrene. Signalene som utvalget kommer med i forhold til retningen på den videre utvikling, er derfor meget viktige. Vi tror at i et samhandlingsperspektiv er dette en riktig retningsanvisning.

- **Pasientombudsordningen (pkt. 10.2.5)**

Vi er enige i begrunnelsen for – og forslaget om – at pasientombudsordningen utvides til også å gjelde helse- og sosialtjenester gitt i kommunal regi. Dette vil gjøre det enklere for pasientene samtidig som ordningen i sterkere grad enn før vil kunne identifisere og påpeke svikt i kvalitet og omfang på helsetjenesten som skyldes samhandlingsproblemer mellom de ulike nivå. Det at pasientombudsordningen foreslås utvidet til å dekke også den kommunale helse- og sosialtjenesten, må også ses på som en viktig brikke ift. å ivareta pasienters rettigheter i et fremtidig perspektiv med mindre statlig tilsyn og mer kommunal internkontroll.

- **Organisering av tilsyn (pkt. 10.2.5)**

Det todelte tilsynet med helse- og sosialtjenesten i kommunene, fra både Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen, representerer i dag ingen god løsning og er forvirrende for både pasienter, kommunale virksomheter og tilsynsmyndigheter (virker det som). Generelt er vi enige i de betraktninger som ligger i Aaslandutvalget (NOU 2004:17) og Berntutvalget (NOU 2004:18) i forhold til målsettingen om å sette kommunene bedre i stand til selv å kunne føre kontroll med at faglige og rettsikkerhetsmessige forhold ivaretaes. Videre at statlige tilsyn med kommunene må reduseres og at kommunenes økonomi skal tillegges større vekt i vurderingen av sanksjoner. I forhold til Wisløffutvalgets vurderinger om at man i et samhandlingsperspektiv ikke bør splitte opp tilsynet med helsetjenesten, er det viktig fra vår side å påpeke at dersom dagens Helsetilsyn skal overta tilsynet med hele den kommunale helse- og sosialtjeneste, må tilsynet få et større fokus på å se sentrale myndighetskrav innen sektoren i sammenheng med økonomi og disponering av ressursene i kommunene. Det bør da også etableres systemer for at Helsetilsynet i større grad rapporterer til aktuelle departement den kartlagte årsakssammenheng mellom mangler i tjenestetilbud til pasienter og økonomiske/kompetansemessige rammebetingelser hos tjenestetilbyder.

### **3. FORSLAG KNYTTET TIL SAMHANDLING MELLOM TJENESTEUTØVERE**

- **Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen (pkt. 10.3.1)**

Det er vårt inntrykk at god kvalitet på de samfunnsmedisinske oppgavene krever at legene tilegner seg særlig kompetanse og har interesse for disse oppgavene samt at der finnes et faglig miljø og støtte seg til. Samfunnsmedisinsk arbeid er kapasitetskrevenne samtidig som godtgjøringen ikke kan måle seg med kurativ virksomhet. Å åpne for at kommunene kan tilplike slikt arbeid, på samme måte som det allmenntjenestemessige offentlige legearbeidet, vil i utgangspunktet være å fjerne en åpenbar hindring, men vil som tiltak alene ikke kunne få det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunehelsetjenesten opp på et forsvarlig nivå. Det samme gjelder muligheten til å tilby kombinerte løsninger med off. legearbeid og deltids fastlegepraksis med tilpasset liste. For å kompensere for innteksttapet med redusert kurativ virksomhet, vil kommuner måtte gå relativt langt i å tilby konkurransedyktige lønsvilkår, og dette vil bli dyrt for kommunene. For mindre kommuner med rekrutteringsproblematikk vil det også bli vanskelig å få til stabile løsninger. Med bakgrunn i at det samfunnsmedisinske fagområdet er bredt og kompetansekrevende, samtidig som man i mindre kommuner har en såpass lav hyppighet på problemstillinger knyttet til eksempelvis smittevern, miljøretta helsevern, krise- og beredskapsarbeid, blir mulighetene for opparbeiding av realkompetanse svært redusert. Disse faktorene framhever interkommunalt samarbeid som en nærliggende løsning på en del områder innenfor samfunnsmedisinen. Her bør sentrale myndigheter stimulere til lokalt tilpassede modeller for samhandling mellom kommunene, eksempelvis gjennom samhandlingsmilliarder. Et annet moment vi reagerer på i beskrivelsen av



status for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene, både i dette utvalgets vurderinger og i de øvrige vurderinger som er gjort i den senere tid (bl.a Nylenna-utvalget), er det ensidige fokus på legenes innsats. Her mener vi at man framover må ta innover seg tverrfagligheten i samfunnsmedisinen, og inkludere andre profesjoner, som i dag gjør en strålende innsats i mange kommunene på flere områder. Muligens som en følge av at legene har ”meldt seg ut”, men likevel. Her kan nevnes spesielt helsesøstre, veterinærer og bioingeniører, fysioterapeuter og ergoterapeuter, psykiatriske sykepleiere, helse-og sosialsjefer, virksomhetsledere og fagledere innen helse-sosial og omsorgstjenesten. Disse driver i stor utstrekning både miljørettet helsevern, faglig kvalitets-og utviklingsarbeid, skaffer seg oversikt over helsetilstanden i kommunene, gjør konsekvensutredninger og gir råd til politikere i saker som har betydning for innbyggernes trivsel og livsvilkår, osv.

For øvrig er vi helt enige i utvalgets påpekning av behovet for en bedre og mer helhetlig legetjeneste i sykehjem. Her bør man etter vår oppfatning også rette et stort fokus på en generell kompetanseheving hos både fastleger og tilsynsleger innenfor fagområdene geriatri og sykehjemsmedisin. Her finnes et av de store områdene for spennende samhandlingsprosjekter mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, med muligheter for gevinster i form av bedre kvalitet for pasientene, og færre unødige sykehusinnleggelseser.

Vi er enige i de tiltak som utvalget foreslår for å påvirke fastlegenes praksis i retning av pasienter med store og sammensatte behov. En dreining av finansieringsordningen i retning av mer uttelling på basistilskuddet er ett virkemiddel. Det bør vurderes om dette virkemiddelet er sterkere enn det man da mister ved at stykkpriskomponenten reduseres og at man da i mindre grad kan påvirke legens praksis via denne. Funksjons-og kvalitetskrav må i sin helhet inn i rammeavtalene og forskriften, ettersom det vil være svært variabelt hva kommunene vil kunne få med på dette området i de lokale avtalene. Alderskriteriet er ikke det eneste som bør vurderes i forhold til økonomisk uttelling på fastlegens liste. I forhandlingene bør det vurderes om også andre pasientgrupper med omfattende behov, på noen måte kan ”identifiseres” og gis uttelling på lista, eks. psykisk utviklingshemmede, multifunksjonshemmede, alvorlig psykisk syke.

- **Annet privatpraktiserende personell (pkt 10.3.2)**

Funksjons-og kvalitetskrav er også viktig her. Vi ønsker ikke en utvikling hvor privatpraktiserende beveger seg lengre bort fra et helhetlig samarbeid med den øvrige helsetjenesten. For kommunene er dette aktualisert ytterligere ved at flere og flere kommuner ikke ser seg råd til å ha kommunalt ansatt fysioterapeut, og at hele rehabiliteringskompetansen (den tradisjonelle) dermed befinner seg hos privatpraktiserende. Ofte oppstår den samme situasjonen som med fastlegene, at tverrfaglig samarbeid og arbeid med samhandlingskrevende pasienter, ikke blir prioritert i den grad som kommunehelsetjenesten ser behov for.

- **Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner (pkt 10.3.3)**

Gjensidige rammeavtaler på overordnet nivå kan være et godt redskap, dersom slike avtaler blir preget av likeverdighet og gjensidighet. Hvordan man skal få til slik likeverdighet i forhandlingene rundt avtalene, blir her den store utfordringen. Her bør man se på om vektskålen kan justeres ved at kommunesamarbeid kan forhandle og inngå avtale på vegne av kommunene, jfr. tilbakemeldingene på pkt. 10.4.1 Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter. Den foreslåtte lovhomejmel bør åpne for at kommuner som ønsker det, kan forhandle og inngå avtaler gjennom felles organisatoriske enheter.

Utvalget mener at det å inngå avtaler omkring utskrivningsklare pasienter som ligger på sykehus, vil være en drivkraft for kommunene, ettersom forskriften da faller bort. Til dette vil vi få bemerke at forskrift om utskrivningsklare pasienter uansett bør fjernes, da den representerer et motstykke til den likevekt og samhandling man ønsker å stimulere til gjennom Wisløffs innholdsreform. Etter



vårt syn er denne forskriften en direkte hindring for konstruktivt avtalebasert samarbeid, fordi den opprettholder et bilde av spesialisthelsetjenesten som avgjørende og enerådende myndighet i samhandlings spørsmål mellom kommuner og foretak. Konsekvensene av praktiseringen av forskriften virker heller ikke stimulerende; det at der overføres årlig 30 til 40 millioner kroner av kommunehelsetjenestens penger over i helseforetakene, som en kompensasjon for en samhandlingsproblematikk som skulle vært løst på en helt annen måte. Vi mener at et pålegg om å inngå formaliserte avtaler som regulerer de viktigste områdene for samhandling mellom nivåene, nødvendigvis også vil inkludere regulering av rutiner for samhandling ved inn-og utskrivning av pasienter. Dermed blir det også unødvendig å opprettholde forskriften.

- **Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten (pkt 10.3.4)**

Her vil vi spesielt få fremheve utvalgets riktige fokus på den gode effekten av ambulante team. Å bruke nettverksarbeid som metode for å bygge opp lokal rehabiliteringskompetanse i kommunene er et annet viktig virkemiddel som bør stimuleres

- **En adresse for samhandling i kommunene og i foretakene (pkt 10.3.5)**

En slik adresse må markedsføres og praktiseres som en adresse for det usikre – ikke det opplagte. Ellers ender vi opp med flere terskler og byråkratiske omveier. Organiseringen må overlates til den enkelte kommune eller foretak.

- **Krav til ledelse og oppfølging (pkt. 10.3.6)**

Vi er ikke like overbevist som utvalget i at en kulturendring i helsetjenesten kan sikres oppfølging gjennom omfattende lokal, regional og nasjonal rapportering.

- **Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling (pkt. 10.3.7)**

Her er vi helt enig. Det er vårt inntrykk at helseregisterloven er komplisert og på mange områder ikke tilpasset behovet for informasjonsutveksling og samhandling i hverdagen i kommunehelsetjenesten. Det snakkes om opplysningers integritet, konfidensialitet, tilgjengelighet og kvalitet, og i arbeidet med informasjonsutveksling i helsetjenesten mener vi at de to første momentene har fått for stor oppmerksomhet. I kommunenes arbeid med datasikkerhetsplaner har fokus i all hovedsak vært rettet på hvordan man kan forhindre at informasjon kommer ut, og dermed blir det vanskelig å ha et tilsvarende fokus på å sikre at nødvendig informasjon faktisk kommer ut når den skal.

- **Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring (pkt. 10.3.8)**

Vedr. forskning, bør det her også nevnes forskning på samhandlingsarenaer. Vi er videre enige i at samhandling er for dårlig prioritert i dagens utdanninger. Vi ser at utvalget i rapporten nevner faglige nettverk for å styrke samhandlingskompetansen. Dette burde vært nevnt i anbefalingen og burde generelt vært viet større oppmerksomhet i utvalgets drøftinger. Nettverksbygging og nettverksarbeid vil etter vår mening utgjøre en av nøklene for kompetanseoppbygging, heving av kvalitet og dermed også status på tjenesten samt bidra til utvikling av nye samhandlingsstrukturer, mellom tjenesteområder, mellom kommuner og mellom nivå.

Krav om deltagelse i ambulant virksomhet for spesialister under utdanning i geriatri, psykiatri og fysmed, vil styrke spesialistenes forutsetninger for å kunne samhandle godt med kommunehelsetjenesten etter endt spesialistutdanning. Det forutsettes at slik ambulant virksomhet får en særlig oppmerksomhet knyttet til samhandling med primærhelsetjenesten, og ikke bare til oppfølging av enkeltpasienter.

Vedrørende gjensidige hospiteringsordninger, vil det være avgjørende at hospiteringen forankres i avtalene mellom partene, ellers kan den lett falle bort eller bli ensidig istf gjensidig. Praksiskonsulentordningen bør prøves ut overfor ulike yrkesgrupper. Det bør satses på





hospiteringsordninger eller PKO også ved desentraliserte spesialisthelsetjenester, slik som Distriktpsikiatriske Senter.

- **Veiledningsplikten (pkt. 10.3.9)**

Å riste liv i spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten er helt nødvendig, med tanke på at pasientene som overføres til kommunene generelt er sykere og mer behandlingstrengende enn før. Fraværende eller mangelfull veiledning har vært et stort frustrasjonsmoment i kommunehelsetjenesten og en etablering av konstruktive og ordentlige systemer på dette området vil etter vår oppfatning kunne virke svært stimulerende på samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Også her vil man kunne tenke seg løsninger hvor en organisert veiledning knyttet til grupper av pasienter, kan gjennomføres i samarbeid med organisatoriske enheter som DMS, eller via etablerte interkommunale fagnettverk. At der skal være gjensidighet i veiledningen slik at også spesialisthelsetjenesten får den informasjon den trenger fra kommunene, er forutenom å være et praktisk nyttig forslag også et forslag som bidrar til å tenke likeverdighet og gjensidig avhengighet mellom de to nivåene.

**Generelt vil vi avslutningsvis få bemerke at rapporten oppleves som meget grundig og gjennomarbeidet. Den beskriver status og utfordringer i helsetjenesten på en måte som man kan kjenne seg igjen i. Tiltakene som foreslås oppfattes i hovedtrekk å kunne få den effekt som utvalget ønsker ; mange små tiltak som til sammen vil dra utviklingen mer i retning av en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste. Kjernen i tiltakene – det avtalebaserte samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten – fordrer imidlertid en likeverdighet mellom avtalepartene som ikke er til stede i dag. Det er derfor viktig at det igangsettes en snuoperasjon i forhold til å heve både status og standard på det som i rapporten benevnes som *fundamentet* i helsetjenesten dvs. kommunehelsetjenesten. Ett av de viktigste tiltak her vil være kvalitetsutvikling gjennom kompetanseheving. Dette er en snuoperasjon som ikke kan styres gjennom et samarbeid mellom helseforetak og kommuner, dette må styres av sentrale myndigheter.**

Linda Lien

For prosjektteam DMS