

# **NOU 2005:3 "FRA STYKKEVIS TIL HELT" – EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE - HØRINGSSVAR FRA SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET**

## **INNHold**

|    |                                                                          |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 0. | Innledning.....                                                          | 1  |
| 1. | Samhandling. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser .....        | 2  |
|    | Om 7.3.1 Koordinering av henvendelser til sykehus.....                   | 2  |
|    | Om 7.3.2 Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten .....                    | 2  |
|    | Om 7.3.5 Divisjonering .....                                             | 3  |
|    | Om 7.4.2 Samarbeid ved innleggelser .....                                | 3  |
|    | Om 7.4.3 Samarbeid om utskrivinger .....                                 | 3  |
|    | Om 7.4.4 Ambulerende virksomhet .....                                    | 4  |
|    | Om 7.4.6 Utnyttelsen av IKT .....                                        | 4  |
|    | Om 7.4.7 Samhandling om bruk av legemidler .....                         | 4  |
|    | Om 7.8 Dokumentasjon, veiledning og kunnskapsutvikling.....              | 4  |
|    | Om 7.8.4 Veiledning og kompetansebehov .....                             | 4  |
|    | Om 8.1 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser .....              | 6  |
|    | Om 8.1.4 Muligheter og begrensninger ved interkommunalt samarbeid .....  | 6  |
| 2. | Forslag til tiltak knyttet til pasientperspektivet .....                 | 7  |
|    | Om 10.2.1 Tiltak for å styrke pasientperspektivet i helsetjenesten ..... | 7  |
|    | Om 10.2.2 Individuell plan.....                                          | 7  |
|    | Om 10.2.3 Pasientansvarlig lege .....                                    | 8  |
|    | Om 10.2.4 Pasientopplæring og informasjon .....                          | 8  |
| 3. | Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere.....              | 8  |
|    | Om 10.3 Samhandling mellom tjenesteutøvere .....                         | 8  |
|    | Om 10.3.1 Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen .....               | 9  |
|    | Om 10.3.2 Annet privatpraktiserende personell .....                      | 11 |
|    | Om 10.3.3 Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner ..... | 11 |
|    | Om 10.3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten.....            | 12 |
|    | Om 10.3.7 Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling .....        | 12 |
|    | Om 10.3.8 Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring.....                | 12 |
|    | Om 10.3.9 Veiledningsplikten .....                                       | 14 |
|    | Om 10.4.1 Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter .....     | 14 |
|    | Om 10.4.4 Generelt om økonomiske virkemidler .....                       | 15 |
|    | Om 10.4.5 Forslag til endringer i takst- og refusjonssystemet .....      | 16 |
|    | Om 10.4.6 Et øremerket tilskudd til samhandling.....                     | 18 |

## 0. Innledning

I utredningen beskrives på en fyldig og god måte de fleste samhandlingsrelasjoner mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og innenfor hvert av de to tjenesteområdene. Det gis en interessant framstilling av historikken bak dagens situasjon, der endringer ofte har vært betinget i tidligere reformer og lov- og forskriftsendringer. Bakgrunnen har ofte vært endringer i helsetjenestens premisser – som befolkningens alderssammensetning, kunnskapsnivå, teknologiske nyvinninger og økt oppmerksomhet omkring økonomistyring og effektivisering.

SHdir har viet utvalgets forslag til å styrke samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten størst oppmerksomhet. Vi viser her særlig til at det både innen somatikk, rus og psykiatri er betydelig gjensidig avhengighet mellom kommunene og foretakene. Skal det bli gode helhetlige og kostnadseffektive tjenestetilbud, trengs god samhandling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene både om ansvarsfordeling, valg av tiltak, samhandling om eventuell felles drift av tiltak og om samhandlingsformer på system- og individnivå. Det er behov for å se på hvordan finansieringssystemene kan bidra til økt samhandlingsmotivasjon og samhandlingseffekt. Utvalget tar her opp viktige problemstillinger.

Utvalget har satt fokus på interkommunalt samarbeid. Variasjoner i kommunestørrelse gjør at også interkommunalt samarbeid kan være både nødvendig og ønskelig på ulike områder.

Viktige helsetjenester ytes i dag av selvstendig næringsdrivende som i ulik grad er integrert i (andre) kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Vi ser det som viktig at utvalget har satt søkelys på de ulike tjenestenes samhandling med disse. Fastlegenes rolle er sentral, og vies med rette betydelig oppmerksomhet av utvalget. Også annet privatpraktiserende helsepersonell som fysioterapeuter og psykologer er viktige i samhandlingen om visse pasientgrupper.

Utredningen inneholder mange forslag om presisering og innarbeiding av formelle krav i lovverk, om bl.a. brukermedvirkning og systemer for innhenting av pasientens og brukernes erfaringer og synspunkter.

Det er likevel slik at det allerede finnes en rekke krav i lover og forskrifter som skal utløse samhandling i praksis. Det gjelder bl.a. kravene om individuell plan, spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt, vurdering og tilbakemelding, og om epikrise.

Det er et problem at lovkravene ikke etterleves i tilstrekkelig grad. Manglende etterlevelse av kravene dokumenteres bl.a. av Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer, landsomfattende tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer, og noen enkelttilsyn innenfor rehabiliteringstjenestene.

Mange av forslagene til tiltak er gode. Stimulering av helsetjenesten til å etterleve allerede gjeldende lover, forskrifter, retningslinjer og råd i veiledere og rundskriv i sin daglige praksis er likevel viktig. Dette er en omfattende pedagogisk oppgave som krever bruk av anerkjente og effektive metoder. SHdir ser dette som en viktig rolle for direktoratet.

Undersøkelser viser at noe av årsaken til at samarbeid nedprioriteres, er kulturforskjeller og ulik kompetanse, særlig mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ulik kompetanse og

ulike arbeidsmåter følges ofte av manglende respekt og tillit. Utvikling av kunnskap om de andre gjennom gjensidig hospitering og veiledning underbygger likeverdigheten. Påvirkning av helsearbeidernes holdninger gjennom utvikling av møteplasser og samarbeidsprosjekter - som for eksempel helhetlige behandlingsforløp - kan bidra til å bygge ned barrierer og skape gode nettverk. Det er viktig at legene aktivt trekkes med i slike samarbeidsprosesser.

Forslagene i utredningen presenteres som en innholdsreform. Utvalget er likevel forholdsvis forsiktig med å foreslå større endringer i rammebetingelser og virkemidler, og satser hovedsakelig på en rekke enkelttiltak som i sum skal bedre samhandlingen.

SHdir mener det kan stilles spørsmål ved om utvalget på noen områder har vært for forsiktig, og i for liten grad har fanget opp problemer med manglende insentiver til å etablere samhandling som en naturlig og integrert del i tjenesten. Dette utdypes nedenfor.

Utvalget har valgt å utelate en omtale av samhandlingen med tannhelsetjenesten, og vært lite eksplisitt i sin omtale av samhandlingen mellom helse – og sosialtjenesten. For mennesker med sjeldne og lite kjente sykdommer og syndromer er samhandling mellom landsdekkende kompetansesentre og det øvrige hjelpeapparatet ofte avgjørende for å få et helhetlig tilbud i kommunene. Dette er heller ikke omtalt av utvalget.

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

### ***Om 7.3.1 Koordinering av henvendelser til sykehus***

Utvalget peker på at primærhelsetjenestens personell mangler én kontakt på sykehuset som de kan forholde seg til når det gjelder hele pasientens sykdomsbilde og den videre oppfølging etter utskrivelse. Å opprette et koordinerende ledd i sykehuset som har eneansvar for samordning av henvisninger og timer, ivaretar ikke etter SHdirs mening dette problemet tilstrekkelig. Omtalen av dagavdelinger virker lite grundig, drøfter ikke at avdelingene oftest er organisert etter samme inndeling som sengeavdelingene og synes ikke å bibringe forslag til nye løsninger.

### ***Om 7.3.2 Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten***

Utvalget beskriver bekymringen rundt kapasiteten innen somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. SHdir savner en beskrivelse av sentrale utviklingstrekk når det gjelder situasjonen for rusavhengige, og omtale av kapasiteten i behandlings- og omsorgstjenestene for denne pasientgruppen.

SHdir vil påpeke at kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere gir grunn til bekymring. Rusreformen innebærer et t henvisningssystem (fastlegen og sosialtjenesten) til tverrfaglig spesialisert behandling, og rusmiddelmissbrukere har fått pasientrettigheter. Samlet har dette medført større trykk på antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling, og har i flere regioner resultert i ventelister, tross økt kapasitet.

Utvalget påpeker at sykehusoppholdets lengde må ha en annen profil innen psykisk helsevern enn innen somatikken. Dette gjelder også ruspasienter. Mange av disse har behov for langvarig behandling og en klar utskrivningsdato kan være vanskelig å fastsette. Det er stor bekymring blant fagfolk innenfor rusfeltet knyttet til for tidlig utskrivning, og for at kommunene vil stå overfor en stor utfordring i å ivareta denne gruppens omsorgs- og rehabiliteringsbehov (spesielt innenfor de ressursene de har per i dag). Ved utskrivning av

ruspasienter fra opphold/tilbud innen spesialisthelsetjenesten bør dette derfor skje i samråd/forhandlinger med kommunen/sosialtjenesten, noe som også kan inngå i utvalgets forslag om formaliserte avtaler mellom kommuner og foretak.

#### ***Om 7.3.5 Divisjonering***

Flere foretak har endret avdelingsstrukturen i form av divisjonering etter fagfelt. Innføring av klinikkorganisering innebærer at sykehusene som organisatorisk enhet fjernes. Noen divisjoner (klinikker) blir sykehusovergripende, og utvalget er bekymret for at slike organiseringer vanskeliggjør den interne samhandlingen på tvers av enhetene. SHdir vil peke på at det er spesielt viktig at det ved uenighet og konflikt mellom klinikkene lokalt, finnes en tydelig koordinator med tilstrekkelig ansvar til å fatte raske, entydige beslutninger når det er nødvendig.

#### ***Om 7.4.2 Samarbeid ved innleggelser***

Kvaliteten på henvisningene til spesialisthelsetjenesten må – slik utvalget påpeker – generelt bedres. For ruspasienter er det nytt at fastlegene kan henvise, og spesielt for denne gruppen er at også sosialtjenesten kan henvise til spesialisthelsetjenesten. En kvalitetssikring av henvisningene kan bidra til å "tvinge frem" samhandling med andre deler av hjelpeapparatet, ettersom den henvisende instansen må gi mer utfyllende informasjon om pasienten.

Etter at rusmiddelmissbrukere ble gitt pasientrettigheter ble de også inkludert i ordningen med fritt sykehusvalg. Det ligger imidlertid store begrensinger i denne ordningen slik den praktiseres. Presset på behandlingsplasser, sammen med de regionale helseforetakenes geografiske prioritering av søknader, medfører at ordningen med fritt sykehusvalg ikke fungerer. Vi savner en vurdering fra utvalgets side av de faktiske valgmulighetene for ruspasienter. Samtidig er det slik at tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere krever tett samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens sosialtjeneste. Dette blir vanskeliggjort av retten til fritt sykehusvalg dersom vedkommende er i behandling langt fra hjemsteds- og ansvarskommunen.

Det er behov for bedret bestillerkompetanse både hos fastlegene og i spesialisthelsetjenesten når det gjelder pasienter med sjeldne og lite kjente tilstander. Kjennskapen til landsdekkende kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger er økende, men SHdir erfarer at kompetansesentrene kontaktes for sent i forløpet. Kompetansesentrene for sjeldne funksjonshemninger kan gi veiledning til det tverrsektorielle hjelpeapparatet og vil kunne bidra til en samhandlingsprosess rundt den enkelte bruker.

Ikke alle med sjeldne tilstander har et kompetansesenter. For noen sjeldne tilstander finnes det fagmiljøer med delkompetanse på enkelte sykehus. For å få til en god samhandling innen spesialisthelsetjenestene, om sjeldne tilstander, er det behov for bedre oversikt over hvor slik delkompetanse finnes.

#### ***Om 7.4.3 Samarbeid om utskrivninger***

Utvalget ser det som positivt at epikrisetid er en nasjonal kvalitetsindikator, som alle foretak må rapportere på. Det nasjonale målet er at 80 % av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager etter utskrivning, som vil være et kvalitetsmessig framsteg. Den største mangelen ved epikrisene er dog at de i liten grad angir hvordan pasienten skal følges opp. SHdir vil peke at *kvaliteten* på den informasjon som inngår i utskrivningsrapporten er av like stor betydning som tidsrammene.

Sosialtjenesten skal informeres av spesialisthelsetjenesten ved utskrivning av pasienter som må følges opp av kommunen når pasientene selv ønsker det. Samtidig har fastlegen ved innføring av rusreformen fått henvisningsmulighet for rusavhengige til tverrfaglig spesialisert behandling. Dette innebærer at fastlegen kan henvise pasienter til behandling uten at sosialtjenesten får kjennskap til det, samtidig som sosialtjenesten kan bli pålagt et stort oppfølgingsansvar i etterkant. Det kan være en fordel for pasienten dersom sosialtjenesten blir informert om henvisning i forkant av opphold på behandlingsinstitusjon dersom pasienten selv ønsker det. Da kan sosialtjenesten få mulighet til bedra å planlegge tilbudet i etterkant, og til å ha kontakt med ruspasienten underveis i behandlingen. Dette kan, som nevnt ovenfor, inngå i den foreslåtte rammeavtalen mellom kommunen og helseforetaket.

#### ***Om 7.4.4      Ambulerende virksomhet***

Utvalget viser til at ambulerende virksomhet i mange år har hatt et visst omfang, mest innen geriatri, psykiatri og habilitering. Ambulante tjenester er både tid- og personellkrevende, og har ikke vært stimulert gjennom finansieringssystemene. SHdir slutter seg til vurderingen av at samarbeidsrelasjonene bedres gjennom gjensidig førstehånds kjennskap til forventninger, behov og oppgaver. SHdir vil se positivt på at det blir lagt større vekt på utviklingen av distriktsmedisinske sentra og ambulante team fra poliklinikkene innen de fleste fagområder.

Kompetansesentrene for sjeldne funksjonshemninger har ambulerende tjenester. Erfaringene er meget gode. For sjeldne tilstander er det spesielt viktig å kunne gi veiledning i forhold til den enkelte bruker når kommunen for eksempel for første gang får en innbygger med en sjeldne tilstand som ingen av fagpersonene tidligere har kjennskap til. Det er erfaringer som viser at veiledningsbesøk fra et kompetansesenter kan benyttes til å samle de ulike instansene som bør samhandle videre om den aktuelle pasienten.

#### ***Om 7.4.6      Utnyttelsen av IKT***

SHdir slutter seg til betraktningene om verdien av nye elektroniske løsninger for samhandling innenfor helsevesenet, men stiller seg negativ til at pasient-opplysninger gjøres tilgjengelige på tvers av foretak innen det regionale helseforetaket.

#### ***Om 7.4.7      Samhandling om bruk av legemidler***

Riktig legemiddelbruk er en viktig innsatsfaktor i pasientbehandling og et kritisk område for god samhandling. SHdir ville gjerne sett at det var lagt større vekt på riktigere legemiddelbruk, for eksempel på epikrisens innhold, fastlegens ansvar for oppdatering av medikamentlisten og foretakenes/fastlegens samhandling med andre medarbeidere i kommunen slik at feilbruken kan minskes.

#### ***Om 7.8          Dokumentasjon, veiledning og kunnskapsutvikling***

Utvalget peker på behovet for dokumentasjon og kunnskapsutvikling innen helsetjenesten. SHdir er enig i behovet for metodeutvikling og forskning innen samhandlingsfeltet, men vil samtidig peke på sosialtjenestens lange erfaring når det gjelder tverrfaglig samarbeid om rusklienter, bl.a. gjennom ansvarsgruppemøter. Sosialtjenesten vil trolig ha mye å bidra med her.

#### ***Om 7.8.4      Veiledning og kompetansebehov***

Utvalget peker på at god samhandling ofte krever ulik kompetanse. Helsepersonell må først og fremst ha kunnskap om eget fag og grensene for eget kompetanseområde, men trenger også kunnskap om andre deler av helse- og sosialtjenesten, slik at de har bedre forståelse for

helheten. Det er nødvendig med en større vekt på gjensidig veiledning mellom nivåene i helsetjenesten som en løpende oppgave for å sikre god behandling.

Gjennom *Program for utvikling av kompetansehevende tiltak gjennom samareid mellom kommuner og sykehus* – et prosjekt som varer ut 2006 - skal det utvikles et program for samarbeid mellom sykehus og sosial- og helsetjenesten i kommunene om utvikling av kompetansehevende tiltak for helse- og sosialpersonell. Det er i første omgang startet prosjekter i samarbeid med fylkesmannen og sykehusene i Arendal og Bodø.

Prosjektene har i 2004 vært i en oppstart- og kartleggingsfase. Prosjektet i Arendal vil fokusere på tilbakeføring av pasienter fra sykehuset til hjemkommunen og vil bruke barn og lungepasienter som fokusgrupper. I Bodø står lærings- og mestringssenteret sentralt, og det satses på opplæringstiltak overfor både brukere og personell. Det planlegges pilotprosjekt innen områdene rus og psykiatri. Det har i 2004 vært kontakt mellom de to prosjektene og prosjektet "Samarbeid og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus" for å dra nytte av erfaringene herfra.

Et annet tiltak under ovennevnte program er DMS-prosjektet i Midt-Troms, som har som målsetting å bedre rekruttering, stabilitet og faglig kvalitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten i Midt-Troms kommunene Berg, Torsken, Tranøy, Lenvik, Dyrøy, Salangen, Lavangen, Bardu, Målselv og Sørreisa. I prosjektet tas opp samarbeid mellom tjenesteområder innad i kommunene, interkommunalt, med helseforetak og kompetanse/utviklingsaktører.

DMS Midt-Troms har i prosjektperioden erfart at hovedutfordringen ved å få til bedre samhandling mellom de ulike tjenestenivåene, har utspring i at helseforetakene og kommunene ikke er likeverdige partnere. Helseforetaket skal forholde seg til mange og ofte små kommuner, og det er vanskelig for dem å ha en god og konstruktiv dialog med alle kommunene. For enkeltkommunene oppleves ofte helseforetaket som stort og dominerende. Slik systemet fungerer i dag, har spesielt småkommunene få eller ingen reelle påvirkningsmuligheter. Gjennom DMS-samarbeidet vil kommunene kunne samordne sitt syn og dermed bli en mer likeverdig partner i forhandling og samarbeid med helseforetaket.

Det er i tillegg etablert undervisningssykehjem i hver helseregion med unntak av Helse Øst, der reetablering av funksjonen er under planlegging i Oslo. De regionale undervisningssykehjemmene bygger nettverk med andre sykehjem i helseregionen. Oppgavene er forskning, utprøving av nye modeller for tjenestene, spredning av gode tiltak samt opplæring av personell fra øvrige sykehjem.

Undervisningssykehjemmene samarbeider med universitet og høyskoler og kan på denne måten bidra til samhandling mellom tjenestenivåene.

Helsepersonell spiller en viktig rolle som veiledere og støttespillere ved endring av levevaner – for eksempel ved røykeavvenning, økt fysisk aktivitet og etablering av sunnere kosthold. Mange fastleger gjennomfører korte motiverende samtaler, men mangler et sted å henvise pasientene for videre oppfølging. Forebygging er også forankret i lov om spesialisthelsetjeneste. Kompetanse finnes på flere sykehus, særlig på lærings- og mestringssentrene. Fastlegene bør kunne henvise til spesialisthelsetjenesten i slike spørsmål når det er nødvendig og praktisk mulig.

### **Om 8.1      Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser**

Samhandling kan ta ulike former - fra en forpliktende samarbeidsavtale som omfatter fordeling av inntekter og utgifter, til opplisting av et sett spilleregler som forplikter partene. Særlig den første delen i dette kapittelet, som omhandler organisatoriske rammebetingelser, gir uttrykk for generelle tanker om ulike former for samarbeid og påpeking av muligheter og begrensninger. Kapittelet som helhet beskriver imidlertid de helt grunnleggende årsakene til dagens problemer ved samhandling, i hvert fall når det gjelder samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Årsakene ligger i at helsevesenet har to prinsipielt helt forskjellige finansieringsordninger:

Rammetilskuddsfinansiering  
Stykkprisordning (aktivitetsfinansiering)

Dette beskrives meget godt under punkt 8.2.3 ("Hvordan påvirkes helsetjenesten av de ulike ordningene"). Det slås også meget korrekt fast at man ser en økende tendens i Europa til bruk av blandingsmodeller mellom de to nevnte finansieringsprinsippene, d.v.s. rammekontrakter med en finansieringskomponent avhengig av aktivitet.

I dagens Norge finnes slike blandingsmodeller både innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er en fornuftig ordning som sikrer nødvendige insentiver innenfor en gitt ramme på hvert enkelt nivå. Dette gir imidlertid ingen garanti for god samhandling på tvers av nivåene, kanskje snarere tvert imot. Derfor er utvalgets beskrivelse av et finansieringssystem for *helhetlige* pasientforløp meget interessant (punkt 8.2.5). Her er man nærmere ett felles sett med insentiver for de to tjenestenivåene. Klarer man å realisere en slik ordning, vil man trolig ha et bedre og et mer realistisk grunnlag for samhandling. En slik ordning innebærer at man dreier insentivene bort fra aktivitet (produksjon av tjenester) på hvert av de to nivåene og over til insentiver basert på pasientresultater. Dette er lettere sagt enn gjort og vil innebære at de økonomiske midlene i større grad følger pasienten, og at noen, på pasientens vegne, bestiller og kjøper tjenester der det samlet sett gir det best mulige resultat. Dette vil kreve en ny type bestiller-utfører- rolle som utvalget beskriver under punkt 8.1.7. Bestilleroppgaven i en slik ordning vil stille store krav til bestilleren, samtidig som bestilleren må være løst fra alle som befinner seg i en utførerposisjon. En utfordrende tanke er å legge denne bestillerfunksjonen til fastlegen. Fastlegen måtte da trolig løsrives fra kommunehelsetjenesten ettersom (andre) kommunale tjenestetilbud da ville komme til å konkurrere med spesialisthelsetjenestens helsetilbud. Hvordan fastlegene skulle organiseres og finansieres i en ordning som omtalt her, vil måtte utredes nærmere. Én ting synes allikevel klart: fastlegen må finansieres på en annen måte, og stykkprisinsentivet hos fastlegen vil måtte tas helt bort. Således vil det kun være listestørrelsen, eventuelt korrigert for alder og kjønn, som danner grunnlaget for fastlegens finansiering.

SHdir anbefaler at utvalgets omtale av de muligheter som ligger i punkt 8.2.5 (finansiering av helhetlige pasientforløp) kombinert med det som sies om bestiller-utfører-organisering (punkt 8.1.7) følges opp av Helse- og omsorgsdepartementet.

#### **Om 8.1.4      Muligheter og begrensninger ved interkommunalt samarbeid**

Denne omtalen er ikke helt uttømmende idet den ikke nevner at også oppgaver og myndighet innen smittevern kan delegeres til en interkommunal ordning. Det skal her minnes om at delegasjonsadgangen når det gjelder miljørettet helsevern og smittevern, ikke bare gjelder til interkommunale enheter, men også til en vertskommune.

Her bør også nevnes den positive effekten som kan forventes ved at større kommuner som har flere sykehjem, samler mer avansert medisinsk diagnostikk og behandling på ett av disse sykehjemmene, event. på én avdeling. Det samme kan tenkes mellom kommuner. På denne måten vil man oppnå at de øvrige sykehjemsplassene får en mindre pleietyngde og at de mer vil bære preg av å være et hjem. En slik samling av medisinske behandlingsfunksjoner vil trolig også bidra til rekruttering av kvalifisert personell til denne type sykehjem ("kommunehospital").

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

### ***Om 10.2.1 Tiltak for å styrke pasientperspektivet i helsetjenesten***

Enkelte brukere og pårørende trenger særlig tilrettelegging for å kunne representere og delta i offentlige fora, for eksempel opplæring i forvaltningssystemet og representasjon. Mange organisasjoner for brukere og pårørende driver selv slik opplæring. Det bør legges vekt på å stimulere til slik virksomhet.

I praksis sliter mange organisasjoner med å få til sterke lokale ledd. Ved behov bør det offentlige støtte opp under slik virksomhet – økonomisk og/eller med andre nødvendige ressurser (for eksempel møtelokaler). For sjeldne tilstander er det umulig å etablere lokale organisasjoner fordi medlemsgrunnlaget på landsplan sjelden vil være mer enn et par hundre. I mange tilfeller er medlemsgrunnlaget langt lavere fordi forekomsten av den aktuelle tilstanden ikke er høyere. Likemannsarbeid er av stor betydning for disse gruppene, men dagens regelverk for finansiering av funksjonshemmedes organisasjoner hindrer offentlig tilskudd til dem. For å gjøre det mulig for grupper av sjeldne tilstander å etablere likemannsarbeid bør det etableres en egen tilskuddsordning for dem som ikke tilfredsstiller kravene til driftstilskudd, dvs. sjeldne tilstander med så lavt medlemsgrunnlag at de ikke kan oppnå 250 medlemmer.

Det understrekes i utredningen at barn kan trenge særlig tilrettelagte tilbud dersom mor og far blir syke. Dette kan også gjelde søsken og andre familiemedlemmer. Ved bl.a. psykisk sykdom kan det være svært krevende å være nær pårørende over tid. Kompetansesentrene for sjeldne funksjonshemninger gir hele familien tilbud for å bidra til økt mestring og dermed bedre livskvalitet. I familier med medlemmer med sjeldne tilstander finnes det ofte flere fordi dette er arvelige sykdommer. Familietilbudene som gis av kompetansesentrene for sjeldne funksjonshemninger benyttes også til opplæring av lokalt fagpersonell og kan dermed bidra til økt samhandling internt i kommunen og mellom kommunen og kompetansesentret.

Etter lovfesting av kommunale råd for funksjonshemmede er brukermedvirkning på systemnivå ivaretatt også innen kommunehelsetjenesten når det gjelder kronisk syke. Vi ser at det er kapasitetsproblem for organisasjonene å stille brukerrepresentanter i takt med økende muligheter for brukermedvirkning og tror ikke det er formålstjenlig å opprette egne brukerfora innen kommunehelsetjenesten i tillegg til kommunale råd (for funksjonshemmede og for eldre).

### ***Om 10.2.2 Individuell plan***

Mye gjøres allerede på dette området. Det må fra statens side fortsatt legges stor vekt på å stimulere til at de som har behov, får tilbud om individuell plan utarbeidet slik at deres ressurser, mål, behov og preferanser ivaretas.



Det er behov for en helhetlig og systematisk framstilling av det behandlingstilbudet den enkelte gis innenfor spesialisthelsetjenesten. I praksis har dette ofte en noe annen karakter enn en tilbudet som skal ivaretas gjennom en individuell plan for en livssituasjon utenfor institusjon. Under kortvarige og avgrensede behandlingsopphold, vil spesialisthelsetjenesten heller ikke ha tid til å utarbeide en slik plan. Etter SHdirs oppfatning bør det derfor skilles mellom planer med såpass ulike formål.

God tverrfaglig samhandling for pasienter/klienter med rusmiddelproblemer baseres mye på en vellykket ordning med individuell plan. SHdir finner det positivt at utvalget har sett behovet for å avklare ansvaret når det gjelder individuell plan, og at dette foreslås gitt kommunene med plikt for spesialisthelsetjenesten til å medvirke.

SHdir vil også støtte de andre forslagene utvalget fremmer vedrørende individuell plan og er enig i at det er viktig å fortsette arbeidet med å videreutvikle og kvalitetsforbedre dette verktøyet.

#### ***Om 10.2.3 Pasientansvarlig lege***

Intensjonen er at pasienten skal slippe å forholde seg til en rekke leger i løpet av oppholdet, samtidig som fastlegen vil ha en fast kontakt i foretaket. Utvalget antar at det vil være hensiktsmessig at oppgaven tildeles den behandlende lege, og at denne har det samlede ansvar for framdrift, koordinering og planlegging av utredning og behandling, kommunikasjon med pasient, pårørende og lokal helsetjeneste.

SHdir deler disse betraktningene og ser positiv på forslaget om at rusmiddelmisbrukere skal komme inn under ordningen med pasientansvarlig lege, og at ordningen heretter skal prioriteres pasienter med store og sammensatte behov.

#### ***Om 10.2.4 Pasientopplæring og informasjon***

Det påpekes i utredningen at Lærings- og mestringssentrene kan være viktige bidragsytere til bedret samhandling. SHdir støtter dette. Men få av disse sentrene gir tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Det må være et mål at disse får tilbud på linje med andre grupper. For mennesker med sjeldne sykdommer og syndromer vil Lærings- og mestringssentrene i liten grad være til hjelp selv, men kan være veiviser til kompetansesentrene eventuelt samarbeide om lokale tilbud for grupper som er tallmessig store nok til at flere med samme sjeldne diagnose kan møtes.

Lærings- og mestringssentrene oppleves i dag som frittstående satelitter som lever sitt eget liv. De bør knyttes tettere opp mot rehabiliteringstjenestene og bli en del av rehabiliteringskjeden. Det samme gjelder opptreningsinstitusjonene.

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

#### ***Om 10.3 Samhandling mellom tjenesteutøvere***

Bedre samhandling krever mye av tjenesteutøverne. Det er ikke bare brukerne som kan ha behov for å styrkes – også tjenesteutøverne kan trenge skolering. Det må legges vekt på å utvikle en god kultur og tilsvarende holdninger.

Det kan være nødvendig at de styrkes i sin funksjon/rolleutøvelse som likeverdige samarbeidspartnere. Det er behov for en gjennomgang av utdanningene med tanke på om det bør gjøres endringer på dette området. Tilsvarende bør det foretas en gjennomgang og

eventuelt en styrking av videre- og etterutdanninger. Som grunnlag for en bedre samhandling og for bedre å kunne se brukerens perspektiv, er det også nødvendig å arbeide for systematisk innhenting og spredning av brukererfaringer/kunnskap.

Strukturelt sett må det også legges til rette for samhandling. De øvrige tiltakene kunne bidra til holdninger og en kultur som kan danne grunnlag for å lykkes i arbeidet.

Tannhelsetjenesten er ikke omtalt i utredningen. Det er kjent at det er sammenheng mellom stort behov for tilrettelagte tjenester og god samhandling mellom ulike tjenesteytere på den siden og stort tannbehandlingsbehov på den andre siden. Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001-2003, FUTT-prosjektet illustrerte dette for rusmiddelmisbrukere og personer under lov om psykisk helsevern. Prosjektet viste også at tannbehandling kommer høyt opp på behovs-/ønskelisten for tidligere rusmiddelmisbrukere i rehabiliteringsfasen.

Kravet om samhandling og sammenhengende tilbud blir særlig tydelig for tannhelsetjenestens del. Tannhelsetjenesten er forankret på et annet nivå enn både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er den organisert som en egen søyle ved siden av de andre helsetjenestene. Ettersom samhandlingsproblemene allerede oppleves som store, er det lett å glemme eller overse tannhelsetjenesten på tross av at tjenester som den yter, kommer høyt på behovslisten for blant annet tidligere rusmisbrukere.

Mennesker med sjeldne tilstander har ofte oralmedisinske problemer som følge av, eller som en del av, grunnsykdommen. Det er etablert et eget Tannhelsekompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander (TAKO-senteret). TAKO-senteret samarbeider med habiliteringstjenestene, den offentlige og private tannhelsetjenesten og bidrar i mange tilfeller til å stille en sjelden diagnose.

TAKO-senteret har i flere år drevet et etterutdanningsprogram for ansatte i tannhelsetjenesten og den øvrige helsetjenesten. Organiseringen av dette har ført til økt samhandling lokalt. Det er etablert regionale tannhelseteam som har trukket med seg fagfolk fra habiliteringstjenestene i etterutdanningskursene arrangert av TAKO-senteret. Denne etterutdanningsmodellen burde prøves ut innen andre fagområder hvor det er spesielt viktig med samhandling mellom fag- og tjenesteområder som ikke har tradisjon for samhandling.

### ***Om 10.3.1 Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen***

Utvalget foreslår en styrking av det offentlige legearbeidet ved at kommunene i større grad utnytter fastlegens forpliktelser i henhold til avtaleverket (7,5 timer pr. uke), og at samfunnsmedisinsk arbeid også skal omfattes. Dette kan også komme rusmiddelmisbrukere og andre grupper med særlige behov til gode. I tillegg ser SHdir positivt på utvalgets forslag om å innarbeide klarere funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeforskriften.

Rusmiddelmisbrukere - som generelt er en gruppe med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester - har et underforbruk av helsetjenester. Strategier som kan rette på dette og gi bedre tilgang på allmennlegetjenester for denne gruppen er derfor viktig og vil kunne bidra til bedre ivaretagelse av disse gruppene.

Under denne omtalen ville forslaget vært styrket dersom det hadde vært henvist til Bernt-utvalgets utredning. Her åpnes det for å fjerne kravet i dagens kommunehelsetjenestelovs § 3-5 om at kommunen skal ha en medisinsk faglig rådgivende lege (MFRL). Når utvalget går inn for at fastlegene også skal kunne pålegges samfunnsmedisinsk arbeid innenfor

påleggsklausulen på 7,5 timer, bør de interkommunale enhetene for miljørettet helsevern, smittevern og annet samfunnsmedisinsk arbeid nevnes i samme forbindelse. Bruk av denne ressursen kan være en forsvarlig løsning dersom man har samfunnsmedisinere i den interkommunale ordningen.

Utvalget gir en fyldig omtale av fastlegenes funksjon og fremmer flere forslag som berører rammene for fastlegenes arbeidsvilkår og økonomiske forhold, og derved i praksis hovedsakelig er regulert av avtaleverket. Mye kan tyde på at fastlegenes inntektssystem ikke i tilstrekkelig grad stimulerer til samarbeid – for eksempel fastlegenes forpliktende deltakelse i langsiktige rehabiliteringsforløp, helsetjenester til sykehjemsbeboere, sykebesøk til bevegelseshemmede og forebyggende helsearbeid..

Utvalget ønsker at avlønningssystemet for fastlegene skal understøtte behandling av samhandlingskrevende pasienter bedre, og ønsker av den grunn at basistilskuddet (listetilskuddet) til fastlegene skal utgjøre en større andel av fastlegenes avlønning enn i dag. Utvalget anbefaler at basistilskuddet baseres på en kombinasjon av listetilskudd og driftstilskudd. Det anbefales videre at listens lengde får mindre betydning i listetilskuddet og at alderssammensetningen gir større økonomisk uttelling.

God helsetjeneste for pasienter med kroniske/alvorlige lidelser er avhenger av at relasjonen mellom lege og pasient er kontinuerlig, forpliktende og preget av tilgjengelighet. Dagens finansieringsordning der egenandel utgjør en stor andel av inntekten for legene (70% inkl. refusjoner fra Rikstrygdeverket) innebærer at tilgjengeligheten og bruken av fastlege svekkes for rusmiddelmissbrukere. Rusmiddelmissbrukere - en gruppe med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester - har et underforbruk av helsetjenester. Strategier som kan rette på dette og gi bedre tilgang på allmennlegetjenester for gruppen er derfor viktig.

En mulig løsning på egenandelsspørsmålet for pasienter med store og sammensatte problemer er å frita disse gruppene for egenandel på samme måte som enkelte andre pasientgrupper er fritatt.

SHdir støtter forslag om tiltak som bidrar til at fastlegens ansvar blir tydeligere og mer forpliktende. Det er viktig både å endre takstsystemet og de faglige kravene i fastlegeavtalene, slik at langsiktig arbeid overfor mennesker med sammensatte, alvorlige problemer gis høyere prioritet.

SHdir stiller seg positivt til en dreining slik utvalget foreslår.

Dette vil kunne bidra til økt tilgjengelighet til legetjenester for rusmiddelmissbrukere og andre pasientgrupper med store og sammensatte problemer. Dette vil igjen kunne bidra til økt samhandling mellom legene og det øvrige hjelpeapparatet om ruspasienter

SHdir er enig i utvalgets vurdering av at fastlegens arbeid med individuell plan kan dekkes inn under de to takstene som i dag eksisterer for å fremme legenes tverrfaglige arbeid for pasienter med store og sammensatte behov (jf. kap.7.1.3). Dette bør presiseres i takstbestemmelsene, og taksten bør også kunne utløses ved tverrfaglig samarbeid der pasienten ikke er til stede (eks. telefonkontakt med andre deler av hjelpeapparatet).

Forslaget om å åpne for mer fleksible kombinasjonsløsninger med deltids fastlege- og offentlig legefunksjon, er etter SHdirs mening verd å prøve for å få til en bedre balanse

mellom behandlende arbeid med listepasienter og offentlige legeoppgaver der dette er nødvendig. Ikke minst problemene med organisering og medisinske ansvarsforhold for sykehjemslegefunksjonen illustrerer behovet for andre løsninger enn dem det er hjemmel for i avtaleverket i dag.

### ***Om 10.3.2 Annet privatpraktiserende personell***

Utvalget foreslår at det i avtalene for privatpraktiserende helsepersonell inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre bedre tjenester til personer med store og sammensatte behov. SHdir støtter dette forslaget, selv om lov- og forskriftsverk allerede gir indirekte hjemmel for slike krav – i hvert fall på områder der det er utstrakt enighet om hva som er god faglig praksis. Å knytte funksjons- og kvalitetskrav fastere til avtaleverket gir også anledning til å se egen virksomhet i et videre samfunnsrettet perspektiv.

### ***Om 10.3.3 Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner***

SHdir mener utvalgets forslag om krav til samarbeidsavtaler mellom foretak og kommuner vil være et godt virkemiddel for å sikre utvikling av ønskelig samhandling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene.

Slike avtaler vil bidra til å styrke spesialisthelsetjenestens forpliktelse til å følge opp kommunene. Forankring på øverste ledernivå og krav om vedtak i kommunestyret og foretaksstyret er også viktig. For at det daglige, kliniske arbeidet skal framstå som koordinert og helhetlig, er det imidlertid en forutsetning at også den enkelte helsearbeider ser samhandling som en nødvendighet for å lykkes i god pasientbehandling. SHdir vil peke på behovet for at den enkeltes arbeids- eller tjenesteavtale, videre- og etterutdanning og felles internopplæring legger til rette for at det også utvikles større individuell og kollektiv bevissthet om samhandling i behandlingsteamene i kommune og foretak.

Slike samarbeidsavtaler vil ha likhetstrekk med partnerskapsavtalene fylker og kommuner arbeider med i oppfølgingen av St. meld nr 16 (2002-03) Resept for et sunnere Norge. Partnerskap for folkehelse innebærer en formalisering av samarbeidet mellom ulike myndigheter, næringsliv og frivillige organisasjoner for å løse felles utfordringer.

Samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene bør derfor bl.a. sees i sammenheng med partnerskapsinnsatsen på folkehelseområdet. Dette forutsetter imidlertid en bredere tilnærming enn forutsatt fra utvalgets side. Forslaget er ”å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå mer helhetlig pasientbehandling”. Helseforetakenes rolle bør også sees i et bredere befolkningsrettet perspektiv. Etter SHdirs oppfatning må spesialisthelsetjenesten ikke begrense seg til tjenesteproduksjon og forskning, men i større grad utforme sin rolle og naturlige posisjon i et tverrsektorielt folkehelsearbeid. Formelle samarbeidsavtaler med kommunene kan være et viktig bidrag til dette. Dette perspektivet er for øvrig også lagt til grunn i SHdirs kartlegging av helseforetakenes folkehelsearbeid.

I alle fall fire områder vil være aktuelle å regulere i samarbeidsavtalene:

- Bistand til kommunens ansvar for å ha ”oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne”, jf kommunehelsetjenestelovens § 1-4. Helseforetakene har omfattende datagrunnlag for å støtte kommunene i utøvelsen av dette ansvaret. Foretakene kan for eksempel bidra med kartlegging av risikofaktorer som de blir kjent med gjennom sitt kliniske arbeid.

- Faglig bistand inn mot det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i kommunene
- Veiledning overfor kommunene knyttet til helsetjenestens individrettede primærforebyggende aktivitet
- Strukturer for en systematisk opplæring av pasienter som skrives ut, og samhandling med kommunene om oppfølging av disse.

#### ***Om 10.3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten***

Dette er aktuelle forslag som SHdir vil vurdere ved utarbeidelse av forslag til Nasjonal plan for rehabilitering som HOD skal ha innen 1.10.05.

Forslagene vil bli vurdert ved utarbeidelse av forslag til Nasjonal plan for rehabilitering. SHdir har oppdrag fra HOD og skal levere forslaget innen 1.10.05. I oppdraget inngår bl.a. vurderinger knyttet til opptreningsinstitusjonene.

#### ***Om 10.3.7 Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling***

Elektroniske pasientjournaler er avgjørende for en hensiktsmessig samhandling i helsesektoren. Det er behov for en helhetlig tilnærming til bruk og utnyttelse av dette.

Utvalget foreslår gjennomgang av regelverket for deling av sensitiv pasientinformasjon mellom de som yter helsetjenester. Dette arbeidet er allerede i gang. SHdir har nylig sendt brev til Helse Vest RHF med en grundig vurdering av dagens regelverk for deling av pasientinformasjon. Vurderingen gjelder både forholdet mellom helseforetak og grensene for deling av informasjon internt i et helseforetak. SHdir har i sin vurdering konkludert med at det er behov for justeringer i regelverket, særlig for å unngå fremtidig tolkningstvil. I arbeidet med utviklingen av regelverket bør man også vurdere regelendringer som i større grad enn nå åpner for styrt tilgang til pasientinformasjon internt i et helseforetak. SHdir mener dette kan gjøres uten å svekke pasientens rettssikkerhet.

Vel så viktig som en gjennomgang av regelverket for å sikre en god informasjonsflyt mellom tjenesteyterne i helsesektoren er det at IT-systemene (særlig EPJ (elektronisk pasientjournal)-systemene) er utviklet på en slik måte at de utgjør et hensiktsmessig arbeidsverktøy for utøvende helsepersonell. SHdir har igangsatt et forprosjekt for utvikling av en EPJ-strategi. Det skal avgis en forprosjektrapport i løpet av mai 2005, der det skal foreslås visjon og retning for EPJ-utviklingen og videre tiltak. Foruten en gjennomgang av regelverket for EPJ, har det i forprosjektet vært særlig lagt vekt på å utvikle en felles struktur for EPJ. Felles oppbygging av strukturen i de ulike EPJ-systemene er en forutsetning for effektiv samhandling på tvers av de ulike nivåene i helsesektoren. En slik EPJ-strategi er avhengig av støtte og oppfølging også fra EPJ-leverandørenes side for å lykkes. Dette vil bli et viktig arbeid i videreføringen.

#### ***Om 10.3.8 Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring***

SHdir støtter styrking av samhandlingskompetansen i utdanninger for alle typer sosial- og helsepersonell. Dette gjelder samhandling mellom ulike grupper helsepersonell og mellom tjenestenivåene.

Følgende syv 3-årige høgskoleutdanninger i helse- og sosialfag har i dag en felles generell del, som utgjør 30 studiepoeng: barnevernspedagog-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier- og vernepleierutdanning. Hensikten er at studentene skal tilegne seg nødvendig kunnskap og forståelse i en felles referanseramme for yrkesutøverne i helse- og

sosialtjenestene. Referanserammen skal danne basis for utvikling av felles holdninger og noen felles ferdigheter.

Det undervises ut fra praktiske og økonomiske hensyn ikke felles i den generelle delen. Dermed oppnås ikke ønsket effekt når det gjelder tverrfaglighet og samhandlingskompetanse.

Undervisningen i fellesdelen av disse utdanningene bør primært gjennomføres på tvers av profesjonsutdanningen. Det tverrfaglige aspektet bør vektlegges. Ved pedagogisk riktig gjennomføring kan den fagspesifikke delen i utdanningene styrkes.

Sentrale statlige myndigheter (Htil og SHdir) har igangsatt egne utdanningsprogram innenfor psykisk helsearbeid, hvor en av målsettingene er å bidra til å styrke det tverrfaglige samarbeidet innen og mellom forvaltnings- og tjenestenivåene. Deltakerne skal etter gjennomgått utdanning ha økt samarbeids- og samhandlingskompetanse.

Gjennom evaluering er det bekreftet at samarbeidskompetansen på tvers av nivå/enheter/yrkesgrupper styrkes. Det endelige resultatet av evalueringsarbeidet vil foreligge og bli oversendt departementet i løpet av juni 2005.

SHdir er enig i at det bør stilles krav om deltakelse i ambulant virksomhet for å bli godkjent spesialist i geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin og rehabilitering.

I målbeskrivelsen for spesialiteten barnesykdommer er områdepедиatri nevnt som en av oppgavene for spesialister i barnesykdommer. I tillegg til de tre spesialitetene som er foreslått, bør det vurderes å stille tilsvarende krav i spesialitetene barne- og ungdomspsykiatri, barnesykdommer, nevrologi og revmatologi.

Forslaget om gjensidige hospiteringsordninger støttes. Slike ordninger bør - i tillegg til andre kompetansehevingstiltak - være tema for de foreslåtte samarbeidsavtalene mellom foretak og kommuner.

SHdir vil i denne forbindelse peke på behovet for å styrke legenes rusfaglige kompetanse. Dette kan bidra til å øke forståelsen for den sammensatte problematikken og lidelsene som rusmiddelmisbruk innebærer. Økt forståelse vil videre kunne bidra til økt status for arbeidet med ruspasienter, og deretter styrke den tverrfaglige samhandlingen. SHdir mener et slikt tiltak ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme behovet for styrking av legenes rusfaglige kompetanse. SHdir er av den oppfatning at den medisinskfaglige innsatsen på feltet hadde blitt bedre ivaretatt dersom de fire medisinske fakulteter hadde systematisert og kvalitetssikret undervisningen i rusmedisin og at rusmedisin hadde vært obligatorisk emne i legers videre og etterutdanning ved spesialisering i allmennmedisin og psykiatri.

Utvalget ser det som viktig å få etablert og stimulert forskning innenfor feltet samhandling. Det er av like stor betydning at samhandlingsperspektivet blir vektlagt i all klinisk forskning, for å fremme at samhandling blir et fagfelt integrert i både forskning og praksis.

Forslaget vedrørende videreutvikling av praksiskonsulenordningen kan være viktige bidrag til samhandlingskompetansen på alle nivåer”

### ***Om 10.3.9 Veiledningsplikten***

SHdir slutter seg til utvalgets forslag om at spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene gjøres gjensidig, samtidig som ansvaret for gjennomføringen legges til virksomheten og ikke personalet. SHdir finner det naturlig at også sosialtjenesten omfattes av den gjensidige veiledningsplikten. Sosialpersonell involveres i stor grad i oppfølging av pasienter, for eksempel i arbeidet med individuelle planer.

### ***Om 10.4.1 Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter***

Utvalget foreslår en utvidelse av den "organisatoriske menyen". Vi er enige i dette. Lokale variasjoner i hva som kan være gode og kostnadseffektive løsninger tilsier stor frihet. Finansieringsordningene bør understøtte organisatorisk valgfrihet.

SHdir støtter utvalget når det legger til grunn at organisatoriske endringer ikke vil løse behovet for samhandling. Utviklingen i faget og samfunnet generelt tilsier imidlertid at det stadig må tenkes nytt, også om de organisatoriske prinsipp som skal legges til grunn. Selv om tiden ikke er moden for nye reformer er det viktig å stadig øke kunnskapen om hvordan andre måter å organisere tjenestene på kan virke på brukertilfredshet, faglig kvalitet og ressursutnyttelse. Ulike forsøk, både med nye finansieringsformer og organisasjoner bør derfor være en kontinuerlig aktivitet i begrenset skala. SHdir vil understreke at det er viktig at eventuelle forsøk undergis en forskningsmessig evaluering.

SHdir ser det som særlig verdifullt med forsøk på områder der grensene mellom spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar er vanskelige å trekke, som innen rus- og psykiatri. Her er også avhengigheten mellom spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester utenfor helsetjenestene særlig stor. SHdir viser her også til sin uttalelse til Hagen-utvalgets innstilling av 25. mars 2003, der SHdir støttet utvalgets forslag om forsøksordninger med ulike modeller for samordning av økonomisk ansvar for primær- og spesialisthelsetjeneste, og viste til at det i forsøkene kunne være aktuelt å vie samarbeidet mellom de kommunale helsetjenestene og sosialtjenesten særskilt oppmerksomhet.

Dette forslaget bør antakelig også ses i sammenheng med utvalgets forslag om utredning av en større omlegging av finansieringsordningene (knyttet til tredjepartsfinansiering) slik at kommunene i større grad er ansvarlige for at befolkningen har et godt samlet helsetjenestetilbud og understøtter kommunen som bestiller av tjenester.

Utvalget foreslår at det gis adgang til at kommuner kan delegere myndighetsutøvelse til interkommunale organ eller til andre kommuner. SHdir vil påpeke at dette ble gjennomført for miljørettet helsevern og smittevern allerede i juni 2004.

Det fremmes forslag om forsøk der kommuner og foretak eier utførerenheter i helsetjenesten sammen.

Det antas at tilbud til eldre syke pasienter er et særlig aktuelt område for denne typen samarbeid. Syke og eldre representerer de store utfordringene både i dag og på lengere sikt. En aldrende befolkning vil føre til en betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester (jf. bl.a. Scenario 2030 : sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030 (Statens helsetilsyns utredningsserie ; 1999:6) IK-2696. Det er viktig at aktuelle organisatoriske løsninger er prøvet ut og evaluert når effekten slår inn for fullt om noen år.

Fellestiltak vil kunne være av tre hovedtyper:

1. Felles eide tiltak som ansetter eget personell (forutsatt nødvendig lovendring)
2. Kommunalt drevne tiltak der spesialisthelsetjenesten bidrar til finansieringen/ yter tjenester
3. Tiltak drevet i regi av spesialisthelsetjenesten der kommunen bidrar til finansieringen/ yter tjenester

Utvalget foreslår å fjerne den juridiske hindringen mot at kommuner og foretak kan eie tiltak i fellesskap. SHdir er enig i dette, og vil samtidig peke på verdien av også å stimulere til samarbeidsløsninger innen dagens rammer, jfr 2. og 3.

Når det gjelder alternativ 3, viser SHdir til sin uttalelse til Hagen-utvalgets innstilling av 25. mars 2003:

”Direktoratet mener det er viktig at finansieringen av spesialisthelsetjenester gjøres mest mulig uavhengig av hvor tjenesten utføres, dvs. at det i hovedsak gjelder samme finansieringssystem og takster (inntil videre) for

- desentralisert spesialisthelsetjeneste organisert som avdeling under foretak, jf. omtale under
- ambulant spesialisthelsetjeneste
- telemedisinsk konsultasjon fra spesialisthelsetjenesten

Direktoratet mener dagens regler for ISF-refusjon gjør det mulig å utløse refusjon for desentraliserte spesialisthelsetjenester. Organisert som en avdeling under et foretak, hvor foretaket har det faglige og organisatoriske ansvaret, mener vi regionale helseforetak kan motta ISF-refusjon for spesialisthelsetjenester utført på desentraliserte avdelinger. Med en slik organisering mener vi det ikke er nødvendig med en særskilt godkjenning fra staten for å utløse ISF-refusjon.”

Dersom det åpnes for nye organisasjoner av denne typen, er det viktig å opprettholde tydelige ansvarsforhold mellom første- og andrelinjetjenestene. Det må ikke åpnes for organisasjonsmodeller som medfører en forskyvning av helseforetakenes plikt til å yte og sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester, eller kommunenes plikt til å yte kommunehelsetjenester. Dersom ansvarsforholdene gjøres mer utydelig ved opprettelsen av slike felleseide selskaper sammenliknet med dagens ordning, kan dette etter vår oppfatning påvirke samhandlingen i negativ retning.

#### ***Om 10.4.4 Generelt om økonomiske virkemidler***

Utvalget mener samhandlingen er mest tjent med at stykkprisandelen (ISF-satsen) reduseres. Begrunnelsen er knyttet til at flere samhandlingsaktiviteter ikke utløser refusjon og at det er indikasjoner på at det skjer en vridning i oppmerksomheten mot det enkle, prosedyreorienterte og det som ikke er særlig samhandlingskrevende.

SHdir mener det er grunnleggende viktig at behandlingsmessige vurderinger skjer på helsefaglig grunnlag med krav om en effektiv ressursutnyttelse. Disse vurderingene må ikke påvirkes av de inntekter som ulike alternative valg kan gi virksomheten. I lys av dette mener SHdir at det isolert sett bør vurderes en lavere refusjonsandel. Som utvalget peker på, står



imidlertid de regionale foretakene fritt til å bestemme på hvilken måte midler skal kanaliseres ”nedover” i systemet. De kan derfor fritt velge ulike løsninger for finansiering av sine tjenesteytende virksomheter, herunder evt. velge en lavere refusjonssats. Regionale helseforetak og kommuner bør i større grad nytte mulighetene til å understøtte samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger.

Eksempler:

- Når spesialisthelsetjenester utføres desentralt i samarbeid med kommunene, for eksempel i distriktsmedisinske sentre, som ambulant tjeneste eller ved telemedisinsk konsultasjon, endres ikke spesialisthelsetjenestens ansvar for tjenesten. Finansieringsordninger og lokale samarbeidsavtaler må vurderes i forhold til dette.
- Regionale helseforetak har fått ansvar å finansiere syketransport. Det skal bl.a. gi dem et incentiv til å vurdere nye måter å organisere tjenesten på - for eksempel å flytte tjenesten til pasienten fremfor å flytte pasienten, når dette er kostnadseffektivt og forsvarlig. Der kommunen medvirker, må finansieringsmodeller avtales.

Undersøkelser har vist at telemedisinske tjenester er samfunnsøkonomisk lønnsomme når flere tjenester kan samles i distriktsmedisinske sentre, slik at investeringer i IT og medisinsk utstyr kan utnyttes for flere ulike tjenester.

I praksis har det vist seg vanskelig å få til avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om desentrale løsninger og finansiering av telemedisinsk aktivitet. Erfaring fra Alta er bl.a. at det er vanskelig å få til avtaler som involverer både sykehus, legepraksis, og kommunalt, som alle ser nytte av. SHdir ser behov for at det arbeides videre med å komme frem til gode eksempler og modeller for slike avtaler. Eventuelt bør man vurdere å styrke incentivvirkningen i finansieringsordningene.

Sett fra SHdirs side, er utfordringen å følge godt med i hvorledes tjenester til ulike pasientgrupper og samfunnsøkonomisk lønnsomme tiltak (herunder fellestiltak med kommunene) rent faktisk blir prioritert, og om utnyttelsen av ressursene er god (nytte-kostnadsanalyser). SHdirs vurderinger her vil kunne være del av beslutningsgrunnlaget for Helse- og omsorgsdepartementet når departementet skal gi sine styringssignaler til de regionale helseforetak om bl.a. prioriteringer.

SHdir er enig med utvalget i at det er behov for en nærmere utredning av betydningen av såkalt tredjepartsfinansiering av aktører i helsetjenesten.

Dersom kommunene og foretakene blir pliktige til å inngå samarbeidsavtaler og foreta konsekvensutredninger, mener SHdir det kan forsvares å oppheve forskriften om betalingsplikt for kommunene for utskrivningsklare pasienter.

#### ***Om 10.4.5 Forslag til endringer i takst- og refusjonssystemet***

SHdir støtter utvalgets i at takstsystemet bør gjennomgås med sikte på å fjerne insentiver for oppstykkning av behandlinger innen spesialisthelsetjenesten. Videre er det, som utvalget påpeker, viktig å se nærmere på takster for ambulante team og veiledning.

I det videre arbeid med eventuell utvikling av takstsystemet for veiledning bør det vurderes å skille etter hvilke former slik veiledning antar: generelle kurs på visse fagområder, veiledning ”på stedet”, tilrettelegging for konsultasjoner pr. telefon eller over e-post osv. Det bør også vurderes om takster for veiledning bør knyttes til målgruppen for veiledningen

(pasienter, ansatte i kommunene, selvstendig næringsdrivende tjenesteutøvere (fastleger m.fl.)).

Det kan evt. også vurderes å gi takster for refusjon for pasientbehandling basert på de refusjonstakster behandlingen ville utløst om pasientene alternativt var behandlet i sykehus/poliklinikk. I prinsippet vil det innebære en utvikling av DRG-systemet til å bli uavhengig av arena. SHdir viser til sin høringsuttalelse til Hagen-utvalgets innstilling, bl.a. med kommentar til forslaget om å etablere forsøksordninger for å prøve ut samarbeidsmodeller og nye organisatoriske løsninger for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenester. SHdir viste her til tidligere forslag fremmet i rapporten om distriktsmedisinske sentre med henvisning til forslag om å vurdere om ikke alle polikliniske takster kan gjøres tilgjengelige for ambulant virksomhet som et kortsiktig tiltak i påvente av omleggingen av finansieringssystemet. Se Shdirs høringsuttalelse av 25. mars 2003.

Utvalget foreslår at trygden betaler for nødvendige medisiner til kreftbehandling i sykehjem, og videre at departementet legger til rette for ordninger som sikrer bedre kostnadsnøytralitet for dyr medikamentell behandling av alvorlige sykdommer, uavhengig av om pasientene er på sykehus, i sykehjem eller i åpen omsorg.

I SHdirs høringsuttalelse 29.06.04 vedrørende brukerbetaling for kommunale pleie- og omsorgstjenester har direktoratet gått inn for at finansierings- og brukerbetalingsordningene bør være arenauavhengige. SHdir uttalte følgende:

*"SHdir mener som nevnt tidligere generelt at det er uheldig at finansieringsordninger knyttes til bestemte arenaer (organisasjonsformer/boformer) fordi det vil kunne gi et insitament for kommunene til å velge lite kostnadseffektive løsninger for en del av brukerne. Slik sett vil det være en fordel enten at kommunene overtar hele finansieringsansvaret for utgifter til legemidler, hjelpemidler og sykepleieartikler og individuelle bostøtteordninger, jf. oversikten gitt i tabell 6.1 s. 29, eller at statens refusjonsordninger og bostøtteordninger utvides til å gjelde alle brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, jf. hovedspørsmål V."*

For kommunenes vedkommende har SHdir gått noe lenger enn Wisløff-utvalget i å foreslå arenauavhengighet ved finansiering av legemidler, uten at SHdir dermed har tatt stilling til om legemidler som brukes i den kommunale helsetjenestene bør finansieres over folketrygden eller av kommunene.

For en del sjeldne sykdommer er det kommet nye lovende medikamenter som både er livsforlengende og gir bedre livskvalitet. Dette er meget kostbare legemidler som eventuelt skal brukes i mange år. Årlige kostnader kan være flere hundre tusen til 1 mill. kr eller mer pr person. Fordi dette er arvelige sykdommer vil det i enkelte kommuner kunne være opphopning av personer som trenger slik kostbar behandling. Ved å legge ansvaret for finansieringen til kommunene er SHdir redd for at bosted/kommuneøkonomi vil være bestemmende for å hvem som får behandlingen.

Spørsmålet om finansiering av legemidler i sykehus bør etter SHdir's oppfatning utredes nærmere før det evt. vurderes en særskilt finansiering for visse typer legemidler. SHdir viser her også til brev av 19. april 2002, der det ble fremmet enkelte mer generelle synspunkter i forbindelse med spørsmålet om særskilt finansiering av legemidlet Remicade i sykehus.

For sjeldne sykdommer som krever livslang behandling med kostbare medikamenter er det et fremskritt at pasientene som tidligere måtte ligge på sykehus for å få medikamenter intravenøst, nå blir opplært til å behandle seg selv i hjemmet. Da refunderes utgiftene av folketrygden, men hvis de samme pasientene må ha sykehusinnleggelse av andre årsaker, er det sykehusene som må betale. Det rapporteres om tilfeller hvor sykehusene ikke vil betale for de dyre medikamentene under sykehusopphold. Dette skaper utrygghet for pasientene.

SHdir viser dessuten til forslaget i St.meld.nr.18 Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk - om mulige tiltak for å oppnå en mer rasjonell legemiddelbruk under sykehus/sykehjemsopphold.

#### ***Om 10.4.6 Et øremerket tilskudd til samhandling***

SHdir støtter utvalgets vurdering av at dagens finansieringsordninger og takstsystem gir svært få insentiver til samhandling. Det er også en utfordring at de enkelte deler av helsetjenesten har ulike finansieringsordninger.

SHdir er usikker på om en ordning med øremerket tilskudd til samhandlingstiltak er hensiktsmessig. Det er noe uklart hva slags samhandlingstiltak utvalget tenker seg skal kunne finansieres med den foreslåtte årlige samhandlingsmilliarden.

Det gis i NOU'en to litt forskjellige hovedbegrunnelser for forslaget om øremerkede midler:

- at effekten av å drive aktuelle tiltak i fellesskap er for lite kjent eller for lite dokumentert<sup>1</sup>
- at det mangler økonomiske insentiver til å iverksette faglig gode fellestiltak i mellom kommuner og foretak<sup>2</sup>.

Det har vært gjennomført en rekke enkeltprosjekter og gitt stimuleringsmidler til samhandling tidligere, bl.a. gjennom Forum for databehandling i staten. Det har vist seg vanskelig å få utbredt erfaringer fra enkeltprosjekter til generelle ordninger. SHdir ser en fare for at øremerkede stimuleringsmidler kan bidra til å sementere oppfatninger av at dette dreier seg om enkeltprosjekter og skippertak.

Det er krevende å administrere støttemidler. Det blir viktig å knytte forpliktende resultatmål til arbeidet, og stille krav om overgang til varig drift.

SHdir er enige med utvalget i at det er nødvendig å stimulere økonomisk til flere samarbeidstiltak. Generelle øremerkede tilskudd uten klare aktivitetskrav kan være problematisk, men SHdir mener likevel at det i en samlet vurdering kan være nødvendig å ty til denne type virkemidler for å stimulere til gode samarbeidstiltak.

---

<sup>1</sup> I avsnitt 8.2.7 knyttes begrunnelsen til bruk av en særskilt finansieringsordning at effekter av fellestiltak kan være "mindre synlige og nytten vanskeligere å dokumentere. Slike tiltak vil lett bli offer for en budsjettsaldering, selv om tiltaket er faglig fornuftig. Videre heter det at det er "grunnleggende vanskelig å få til en finansieringsavtale" når ikke begge parter ser felles interesser i etableringen av samarbeidstiltak. Det vises også til at "det kan være mangel på kunnskap om de positive effektene, herunder om hva tiltaket betyr for pasientene. I slike situasjoner kan nasjonale ordninger være viktige for å understøtte tiltak som gir nye erfaringer om effekter av samhandlingstiltak." Denne delen av begrunnelsen er etter SHdirs syn i realiteten en begrunnelse for midler til FoU-virksomhet.

<sup>2</sup> I begrunnelsen for forslaget om øremerkede midler under punkt 10.4.6 vises det til økningen i innleggelser av syke eldre og at den kommunale kostnaden ved drift av senger i fellestiltak (intermediærposter) blir for høy.

Eventuelle stimulerende tiltak bør i størst mulig grad også omfatte sosialtjenesten. Sosialtjenesten har hovedkontakten med personer med rusmiddelproblemer, og et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten er derfor viktig. SHdir mener at rusmiddelmisbrukeres situasjon burde vært nevnt eksplisitt med bakgrunn i store endringer innen rusfeltet etter rusreformen. Feltet står overfor store utfordringer når det gjelder å utarbeide nye rutiner for samarbeid.

Det foreligger lite dokumentasjon om kostnadseffektiviteten i ulike samarbeidstiltak. SHdir foreslår at en del av eventuelle nye øremerkede midler forbeholdes en slik dokumentasjon. Det er videre særdeles viktig å opprettholde krav om egenfinansiering fra partene til alle typer tiltak. Denne må også være av en viss størrelse for å redusere risikoen for igangsetting av ”ulønnsomme” tiltak.

Utvalget foreslår at aktuelle tiltak evt. skal forankres i en samarbeidsavtale mellom kommuner og foretak. SHdir er enig i dette. SHdir er også enig i at et slikt vilkår settes for de øremerkede midlene som tildeles gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse.