

## HØRINGSUTTALELSE FRA SKEDSMO KOMMUNE

Kommunen har mange erfaringer å vise til hva angår samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å påpeke at det er mange eksempler på god koordinering og samhandling i individualsaker, der en gjennom praktisk handling søker å finne løsninger til beste for pasienten. Når det er sagt, ser kommunen imidlertid et stort behov for den drøfting utvalget har presentert ettersom det både på systemnivå og individnivå finnes et betydelig forbedringspotensiale for å sikre en positiv utvikling av et helhetlig perspektiv i tjenestekjeden. Det er alt for mange pasientsaker som ikke i tilstrekkelig grad avklares fordi det er mangel på forutsigbar samhandling, noe som igjen fører til at pasienten opplever å havne mellom de to forvaltningsnivåene uten klar ansvarsfordeling.

Kommunen vil knytte enkelte kommentarer til utvalgte temaer, i den rekkefølge departementet har anmodet.

### 1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

#### 1.1. Likeverdighet mellom aktørene

Utvalget har satt som mål og viktig forutsetning for samhandling at det må være likeverdighet mellom aktørene. I dette legges blant annet at de ulike aktørene hver på sin side har en faglig kompetanse å bringe inn i samhandlingen og at denne kompetansen blir erkjent. Skedsmo kommune understreker viktigheten av dette perspektivet, og vil nedenfor kommentere dette nærmere.

Kapasitetsproblematikken er en felles utfordring for spesialist- og primærhelsetjenesten, der en opplever at både spesialisthelsetjenesten og kommunene har sterk pågang på tjenesteapparatet. En konsekvens av dette sett fra kommunens ståsted, er at mange som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten, skrives ut for tidlig. Dette medfører at det nå i større grad enn tidligere overlates behandlingsoppdrag til kommunene. Dette gir utydelighet ift. ansvarsfordeling samt økt slitasje på personellet i kommunene. Kommunen opplever også at spesialisthelsetjenesten fremstår som en "bestiller", mens kommunen blir utfører. Det oppleves ofte at krav til kommunes bidrag fremsettes som absolutter, og at det derved også skapes urealistiske forventninger hos bruker og samarbeidspartnere om hva kommunen kan stille opp med. Dersom en tar i betraktning at enhver er innbygger i en kommune, og at det er kommunene som opplever å ha et kontinuerlig oppfølgingsansvar, bør det isteden være slik at kommunen kan bestille spesialiserte tjenester fra 2.linjen ved behov.

For å bedre likeverdigheten mener kommunen det er viktig å få klare ansvarsforhold og tydeligere retningslinjer for prosesser der en pasient er i spesialisthelsetjenesten og skal overføres til kommunehelsetjenesten. Kommunen erfarer at spesialisthelsetjenesten i varierende grad faktisk starter de prosesser som er forventet at de skal ved en utskrivning, eller at prosessene får en slik karakter at de i liten grad er egnet til å fremme samhandling og koordinering og heller fremmer forskyvningsmekanismer og hurtige, uforberedte utskrivninger.

Kommunen erkjenner at mange komplekse saker skal løses i nærmiljøet i en kommune. Dilemmaet ligger imidlertid i at kommunen da må settes i stand til å møte de utfordringer komplekse pasientsaker fører med seg. Kommunen må få økt spesialkompetanse på enkelte områder, en må få tilgang til spesialisthelsetjenestens ressurser og tilføres midler til

pasientrettede tiltak for å bedre kapasiteten i kommunen. En konsekvens av at kommunen skal løse bredere problematikk hos pasientene, er at kommunene må satse på mer differensierte tiltak. Dette krever ytterligere finansiering enn dagens rammer åpner for.

Når det gjelder vurdering av utvalgets forslag om samarbeidsavtale mellom kommune og helseforetak for å sikre samhandling og likeverdighet, samt andre forslag til lokal forankring av spesialisthelsetjenesten, vises til punkt 3.1 (jfr. høringsnotatets oppstilling av temaene)

### *1.2. Finansieringsordninger og økonomiske virkemidler*

Utvalget viser til at det i mandatet ikke er gitt stort rom for å vurdere takst- og refusjonssystemene som benyttes i dag. Det er imidlertid viktig å påpeke at helsetjenestene påvirkes av de rammebetingelser som til enhver tid gjelder, og at økonomiske virkemidler indirekte kan bidra til å bedre samarbeidsforhold dersom økonomiske insentiver for ansvarsforskyvninger fjernes. Et eksempel fra utvalgets vurderinger er å utrede videre og legge til rette for kostnadsnøytralitet for dyr medikamentell behandling av alvorlige sykdommer, uavhengig av om pasienten er på sykehus, sykehjem eller i åpen omsorg.

## **2. Tiltak for å styrke pasientperspektivet**

### *2.1 Individuell plan*

I kommunens høringsuttalelse til NOU 2004:18 "Helhet og plan i helse- og sosialtjenesten" uttalte kommunen at det vil bli en unødvendig byråkratisering å skulle etablere en rettslig plikt for kommunen til "på eget initiativ å utarbeide en individuell plan". Dette øker formalkravene til en slik plan, noe kommunen stiller spørsmålsteget ved. En generell plikt til å utarbeide en plan, vil i stor grad undergrave den egenmotivering fra brukers side som er nødvendig for at individuell plan som verktøy skal være formålstjenelig. Kommunen mente, og mener fortsatt, at en individuell plan kun skal utarbeides der dette synes å være et hensiktsmessig verktøy, og at brukers samtykke må være en forutsetning. Kommunen har opplevd at 2.linjetjenesten utferdiger plan til alle som har vært innen tjenesteapparatet på det nivået. Samtidig bestemmer loven idag at slik plan kun skal utarbeides for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I forbindelse med høringsuttalelsen til NOU 2004:18 påpekte kommunen et behov for avklaring av når en individuell plan skal utarbeides. Wisløff-utvalget behandler dette dilemmaet, og kommunen vil med dette støtte utvalget i at det må skje en harmonisering av regelverket for når pasienter har krav på individuell plan innen somatikken og i psykisk helsevern.

I forbindelse med Wisløff-utvalgets innstilling er det foreslått at kommunen skal være ansvarlig for arbeidet med individuell plan, og at andre aktører skal ha et medvirkningsansvar. Kommunen er enig i at primærhelsetjenesten må være en sentral aktør, og må pålegges plikter i forbindelse med arbeidet rundt individuelle planer. På den annen side er det viktig å sikre at andre nødvendige aktører medvirker til at det etableres et helhetlig tjenesteapparat rundt pasientene som trenger dette. Ingen aktør kan tenke helhetlig alene, og det er derfor viktig å sikre at plikter til å arbeide med individuell plan som verktøy ikke ensidig legges på en av aktørene. Det vises her også til at utvalget har vært opptatt av å sikre likeverd mellom partene. Det er derfor viktig at det fortsatt påligger plikter til arbeid med individuell plan både hos spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men at en i den nærmere arbeidsfordeling kan differensiere på ansvar og oppgaver. Arbeidsfordeling mellom helseforetaket og kommunen bør presiseres til at en individuell plan ikke kan være et bestillerverk mellom

forvaltningsnivåene, slik at en unngår at urealistiske forventninger synliggjøres og nedfelles som realiteter.

## *2.2. Pasientombud*

Kommunen vil innledningsvis presisere at utvalgets utredning på dette punkt er tolket til å gjelde en utvidelse av mandatet til de fylkesvise ombud som er lovpålagt gjennom pasientrettighetsloven, og ikke at det er tenkt opprettet et eget ombud i hver kommune.

Kommunen ser at en utvidelse av pasientombudenes mandat til å ikke bare gjelde spesialisthelsetjenesten, men også arbeide for å ivareta pasientenes henvendelser vedr. kommunehelsetjenesten, er et virkemiddel for å styrke pasientfokuset. Ombudet vil i så fall eksistere ved siden av de gjeldende klageordninger, og vil kunne bidra til løsning av saker uten at det er nødvendig med de mer formelle klageveier. Dette kan dermed være en mer tilnærmelig rolle enn de formelle klageorganer.

På den annen side er det helt nødvendig at slike pasientombud har et klart mandat slik at det er tydelig for både pasienter og kommunehelsetjenesten hva dette ombudets rolle skal være ved siden av det tilsyn som allerede føres ved Statens helsetilsyn, de regionale helsetilsyn, Sivilombudsmann og lokale, kommunale klageordninger. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er det etablert lovfestet ordning med pasientombud, som også kan benyttes der det er mangelfull samhandling opp mot primærhelsetjenesten. Det er i utvalgets utredning ikke tydelig nok angitt hva som skal være grensdragningen mellom de ulike ordninger som kan knyttes opp mot pasienttilsyn i en kommune. På bakgrunn av at det allerede eksisterer mange arenaer der pasienter kan henvende seg for å sikre samhandling mellom primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, mener Skedsmo kommune at en utvidelse av pasientombudsrollen til også å gjelde i kommunehelsetjenesten fremstår som uklar og på nåværende stadium mer egnet til å skape utydelighet.

Dersom utvalgets anbefaling skulle tolkes til at det i hver kommune skal opprettes et eget, lokalt pasientombud, ønsker Skedsmo kommune på prinsipielt grunnlag å påpeke at det da vil være vanskelig å sikre ombudets uavhengighet. Slik uavhengighet er en viktig forutsetning for at ombudet skal fylle en rolle som krever tillit hos pasientene. Kommunen er derfor av den oppfatning at et kommunalt pasientombud ikke er å anbefale, men at de statlige tilsynsordninger da er et bedre redskap for å sikre pasientrettighetene.

## **3. Samhandling mellom tjenesteutøverne**

### *3.1. Formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner*

Likeverdigheten og forutsigbarheten kan bedres blant annet gjennom forslaget om et forpliktende avtaleverk, slik utvalget skisserer i høringsnotatet og som foreslås tatt opp med Kommunenes Sentralforbund til videre drøfting. Skedsmo kommune har i dag avtale med sykehuset om utskrivningsklare pasienter, og ser at det til tross for dette eksisterer samhandlingsproblematikk som en slik avtale ikke er egnet til å løse. Kommunen mener likevel at avtaleverk er et av mange mulige bidrag til å skape forutsigbarhet og likeverdighet. Kommunen registrerer videre at utvalget mener en avtale også bør inneholde krav til gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene. Skedsmo har nylig erfart at nedleggelse av tilbud i spesialisthelsetjenesten skapte et økt press på kommunehelsetjenesten i forhold til oppfølging av pasienter, der kommunen i forkant av

nedleggelsen ikke var blitt involvert. Kommunen støtter derfor utvalgets innstilling om at en avtale må forankres i begge forvaltningsnivåer og må ha en slik bredde at den kan favne flere aspekter ved dagens samhandlingsutfordringer enn någjeldende samhandlingsavtale om utskrivningsklare pasienter gjør.

En annen måte å bedre likeverdigheten og sikre individuell samhandling er å arbeide for gode kulturer for samhandling, som gir trygghet og tillit rundt arbeidet som foregår i overlappingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Kommunen ser da for seg at tiltak som hospitering i hverandres tjenesteapparat eller annen form for tilgang til hverandres arenaer kan gi innsikt i de ulike forvaltningsnivåenes oppgaver og ansvar, og en realisme i forhold til hvilke premisser tjenestene arbeider under. Kommunen ser at slik arenautveksling kan bidra til å skape utyelighet utad, men mener på den annen side at dersom en først har fått klare beskrivelser av de formelle ansvarsforholdene, kan slik utveksling skje uten at det går på bekostning av behovet for klare linjer. Bruk av ambulante team fra spesialisthelsetjenesten opp mot kommunehelsetjenesten er det også erfaringer på at har blitt positivt akseptert fordi det har bidratt til kompetanseutveksling og økt kunnskap mellom forvaltningsnivåene.

### *3.2. Tiltak rettet mot legetjenesten*

Kommunen slutter seg til utvalgets forslag om å styrke legetjenestens rolle i forhold til samhandlingsutfordringene. Det er viktig å tydeliggjøre fastlegens rolle overfor pasienten, og plikten til å delta i prosesser rundt pasienter med behov for koordinerte tjenester. Det samme gjelder for andre helseutøvere, for eksempel psykologer og privatpraktiserende fysioterapeuter. Erfaringene i dag tilsier at deltakelsen er personavhengig, og dette blir lite tilfredsstillende ettersom deltakelse fra fastlegen m.fl. ofte er en viktig forutsetning for å sikre kontinuitet for pasienten.

Kommunen er positiv til utvalgets innstilling om at samfunnsmessig arbeid likestilles med øvrig offentlig helsearbeid.

Når det gjelder tilsynslegevirksomhet opplever kommunen et større behov for stabilitet i tilgangen på tilsynslege og for større stillingsdeler. I dag finnes ikke normer for timetallet ift. sykehjemsdriften, men Stortinget har vedtatt en minstenorm som ikke ennå er trådt ikraft. Kommunen antar at dette vil medføre en forbedret kvalitet i tilsynslegevirksomheten ved sykehjemmene. Kostnaden er ikke definert, og finansiering av dette er ikke avklart. Utvalgets forslag hva angår kommunenes adgang til å tilplikte mer aktivt og målrettet innenfor de 7,5 timene til offentlig helsearbeid støttes. Kommunen er imidlertid ikke enig i utvalgets vurdering av at dette er en kostnadsnøytral løsning, ettersom antall tilpliktete timer til offentlig helsearbeid må dekkes av kommunens budsjetter.