



HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 104
Arkivkode: 500	Journ.dato: 03.06.05
Avd.: KTA3	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF. / YOUR REF:
200500444

VÅR REF. / OUR REF:
2005/350 II LRY/ABG/JVI/-

DATO. / DATE:
. juni 2005

NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste" (Wisløff-utvalget) - Helsetilsynets høringsuttalelse

Innledning

Helsetilsynet viser til Deres brev av 1. mars d.å. der NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste" ble oversendt til høring.

Vi vil innledningsvis understreke viktigheten av at det nå foreligger en utredning om denne problemstillingen. Våre tilsynserfaringer, som også er referert til i utredningen, viser at koblingen mellom ulike tjenestenivåer representerer en særlig risiko for svikt i pasientsikkerheten. Et fragmentert helsevesen vil av pasienten oppleves som mangelfull respekt for dem som individ, og de vil oppleve å måtte bli "sin egen koordinator". Dette blir særlig alvorlig i forhold til pasientgrupper med behov for helhetlige, langvarige og koordinerte tjenester.

Utvalgets mandat har vært avgrenset til å vurdere samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynet vil peke på at utfordringene knyttet til samhandling mellom helsetjenesten og andre kommunale, fylkeskommunale, statlige og private etater/virksomheter - som sosialtjenesten, trygdestaten, Aetat, etc. - kan representere like store utfordringer. Utvalgets begrensede mandat innebærer derfor at mange pasienter med sammensatte behov, tross denne utredningen, ikke blir tilstrekkelig ivaretatt.

Ut fra behovet for samhandling om et helhetlig pasienttilbud er det viktig at de statlige myndigheter fremstår koordinert med pasientens sikkerhet og rettigheter i fokus. Dette er viktig også for at tjenestetilbudet over hele landet skal fremstå som likeverdig. I den videre behandling av Wisløff-utvalgets utredning er det derfor viktig at departementene ser denne i sammenheng med Aasland-utvalget (NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren) og Bernt-utvalget (NOU 2004:18 Helhet og plan i

sosial- og helsetjenestene). I den forbindelse er det grunn til å peke på at kommunen ikke bare skal samhandle med spesialisthelsetjenesten for å tilrettelegge tjenestetilbudet til den enkelte pasient innenfor egen helseregion, men at den pga. retten til fritt sykehusvalg, må innrette seg på samhandling med spesialisthelsetjenesten i ulike deler av landet.

Vi kommer tilbake til dette nedenfor når det gjelder våre synspunkter på tilsyn med helse- og sosialtjenesten.

Helsetilsynet har, slik departementet ber om i sitt høringsbrev, ordnet tilbakemeldingene under punktene "Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser", "Forslag knyttet til pasientperspektivet" og "Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøverne". I tillegg har vi valgt å redegjøre for noen andre synspunkter i forhold til tilsynserfaringer og tilsynsordninger.

Generelt om utredningen

Utredningen er omfattende og vårt hovedinntrykk er at den gir en grundig gjennomgang av de samhandlingsutfordringer som eksisterer i helsetjenesten. Det omfatter samhandlingen både horisontalt (innen ulike deler av kommunehelsetjenesten, respektive internt i spesialisthelsetjenesten) og vertikalt (mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten). Mangfoldet av praksis og rutiner som er iverksatt for å forsøke å løse disse problemene og utfordringene, er også godt beskrevet og analysert.

På den annen side finner vi at utredningen med fordel kunne ha vært bedre systematisert, slik at bakgrunnsmateriale, og særlig utvalgets egne vurderinger og forslag hadde fremkommet tydeligere.

Helsetilsynet deler utvalgets konklusjon at samhandling svikter både på individnivå og på ledelses/systemnivå, og at svikten kan være betydelig og medføre alvorlige konsekvenser. Dette gjelder ikke minst for de grupper som trenger et helhetlig tjenestetilbud over tid, for eksempel de pasientgrupper som fremgår av pkt 2.2 i utredningen.

Helsetilsynet er videre enig med utvalget i at det ikke er lovverket som er til hinder for å oppnå bedre samhandling i helsetjenesten. Dagens helselovgivning, herunder pasientrettighetsloven, utgjør den nødvendige ramme for samhandling innen og på tvers av nivåene. Det er imidlertid behov for å bedre kunnskapen om lovverket, slik at en tar vare på pasientrettigheter og sikrer forsvarlig helsehjelp til befolkningen.

Etter Helsetilsynets vurdering vil ulike typer tiltak slik de er beskrevet i utredningen, kunne være virkemidler for å bidra til å lette samhandlingen – det være seg horisontalt eller vertikalt. Vi mener imidlertid at uansett ulike typer praktiske tiltak, vil virksomhetenes ledelse og styringssystem være helt avgjørende for hvordan utfordringene knyttet til et helhetlig tjenestetilbud håndteres. Likeledes vil helsepersonellens holdninger og bevissthet i møte med den enkelte pasient ha avgjørende betydning. Dette gjelder både *om* det er en pasient med behov for helhetlige og koordinerte tjenester og *hvordan* dette skal sikres. Pasientene skal oppleve trygghet og forutsigbarhet i sitt møte med behandlingsapparatet, uansett om

det dreier seg om primær- eller spesialisthelsetjenesten, og uavhengig av hvor store samhandlingsutfordringer den enkelte pasient representerer.

I dette perspektivet savner Helsetilsynet en sterkere tydeliggjøring av myndighetskravet om at tjenestetilbudet skal være forsvarlig. Videre savner vi et tydeligere fokus på kravet til internkontroll og hvilket ansvar som tilligger den/de som er ansvarlige for virksomheten, jf forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4.

Vi kommer nærmere tilbake til dette, herunder lederansvaret, i diskusjonen nedenfor.

Tilsynserfaringer

Helsetilsynet har de senere årene hatt samarbeid, samordning og kommunikasjon som sentrale tema i våre tilsyn i spesialist- respektive kommunehelsetjenesten. Det har i den forbindelse vært lagt stor vekt på sammenhengen i tjenestekjeden og samspillet mellom de ulike nivåer og deltjenester. Dette ikke minst for de mest "sårbare" pasientgruppene med størst behov for koordinerte tjenester.

Et eksempel er det *landsomfattende tilsynet med helsetjenestene til barn og unge med psykiske problemer i 2002*, der hensikten var å se på hvordan helsestasjons- og skolehelsetjenesten samarbeider med andre kommunale etater og med poliklinikken. Her fremkom at samarbeidet i kommunene varierte mye. Mens det i enkelte kommuner var en tydelig ansvarsdeling, var det i andre manglende formelle samarbeidsstrukturer; relasjonene mellom partene var dårlige, og ansvars plasseringen uklar. Fastlegene var sjelden systematisk involvert i arbeidet med barn og unge med psykiske problemer, og i liten grad informert om for eksempel tiltak fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Samarbeidet mellom poliklinikkene og kommunene dreide seg særlig om veiledning og oppfølging av enkeltpasienter, men var i varierende grad formalisert. Bare et fåtall av kommunene hadde satt i gang arbeidet med individuell plan. Tilsynet avdekket også mangelfull gjensidig kunnskap om samarbeidspartenes kompetanse, ansvar og myndighet.

Ved det *landsdekkende tilsynet med spesialisthelsetjenestene til voksne med alvorlige psykiske problemer i 2003* ble det avdekket at samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten var mangelfull. Dette omfattet bl.a. sviktende ansvars- og oppgavefordeling mellom akuttavdeling og distriktpsikiatriske sentra, manglende rutiner eller arenaer for kommunikasjon, manglende bruk av individuell plan og mangelfull veiledning av kommunehelsetjenesten.

Når det gjelder gruppen *tunge rusmiddelmissbrukere* ble det i en kunnskapsoppsummering som Helsetilsynet foretok i 2004, konkludert med at manglende samordning innen og mellom nivåene ofte er til hinder for at intensjonene i behandlingsoppleggene nås. Dette materialet inngår nå i videre risiko- og sårbarhetsanalyser samt planlegging av tilsynsmessige aktiviteter.

I 2005 gjennomfører tilsynsmyndighetene landsomfattende tilsyn der samhandling er sentrale tema. Det gjelder kommunale helse- og sosiale tjenester til brukere med langvarige og omfattende tjenestebehov, og kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer.

Våre erfaringer fra tilsynsmessige aktiviteter er altså at der det ofte svikter i dagens helsetjeneste, er i overgangen mellom ulike nivåer og tjenester. Også behandlingen av enkeltsaker (tilsynssaker) bekrefter at samhandlingen mellom nivåene er vanskelig. Det kan være manglende rutiner og strategier for samarbeid, uavklarte ansvarsforhold, profesjonsstridigheter og ulike kulturer og arbeidsmåter. Dette er heller ikke uvanlig innenfor den enkelte institusjon eller avdeling. Jo mer spesialisert virksomhetene blir, desto større er mulighetene for feil, dersom ikke system for samordning, kommunikasjon og samarbeid fungerer godt.

Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Ansvarsplassering, ledelses- og systemtenking

Etter Helsetilsynets syn er det viktig å understreke at *alle* pasienter har krav på forsvarlige tjenester, og at det i dette også ligger et krav til forsvarlig samhandling når dette er relevant for den helsehjelpen som gis.

Det er således ikke bare pasientgrupper med langvarige og sammensatte behov som har krav på forsvarlig samhandling fra de ulike behandlingsintanser, men også de som møter behandlingsapparatet mer sporadisk eller kortvarig.

Pasientens behov kan tilsi at flere fagpersoner må arbeide sammen for å gi pasienten et helhetlig tilbud. Der dette er nødvendig for å oppfylle forsvarlighetskravet og for å gi pasienten et adekvat tjenestetilbud, skal helsepersonell samarbeide om pasientbehandlingen. Når dette tjener pasientinteressene og ivaretar hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett, skal helsepersonell samarbeide med annet kvalifisert personell for å gi pasienten et best mulig tilbud, jf helsepersonelloven § 4 annet ledd.

Virksomhetenes plikt til å yte forsvarlige helsetjenester følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 for foretakene sin del, og forutsetningsvis av kommunehelsetjenesteloven § 6-3 for de kommunale helsetjenestene sin del. I tillegg fremgår det av helsepersonelloven § 16 at virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Det fremgår altså at det i stor grad er et *ledelsesansvar* å tilby befolkningen forsvarlige helsetjenester. I tillegg har helsepersonell i henhold til helsepersonelloven § 4 en selvstendig plikt til å utøve forsvarlig virksomhet. Individuell plan, jf. pasientrettighetsloven § 2-5, må ses på som et viktig verktøy for å oppnå et forsvarlig helsetjenestetilbud til pasienter med sammensatte behov.

På bakgrunn av våre tilsynserfaringer, mener Helsetilsynet at det er særlig grunn til å sette fokus på *ledelse og styringsmessige forhold*. De ulike modellene som utvalget har beskrevet, herunder de økonomiske virkemidlene, er som det fremgår innledningsvis kun verktøy/stimuleringstiltak for å tilrettelegge for en god samhandling. Helsetilsynet er derfor enig i det som fremgår av pkt 10.3.6 om krav til ledelse, og at krav til et helhetlig tjenestetilbud må være ledelsesforankret enten det er i kommunen eller i helseforetakene.

De statlige myndigheter, kommunen som ansvarlig for kommunehelsetjenesten, eiersiden innen spesialisthelsetjenesten, virksomhetene og ledernivået må understøtte tjenesteutøverne i deres møter med pasientene. Dette innebærer at virksomhetene har etablert internkontrollsystem som sikrer etterlevelse av myndighetskravene, der utarbeidelse av individuell plan bare ett av kravene. Fokus må være at tjenestetilbudet er forsvarlig. I den forbindelse blir de andre myndighetskravene virkemidler for oppnå dette.

Innholdet i internkontrollen fremgår av forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4. Her presiseres hva den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre. Som det fremgår har forskriften fokus på at myndighetskravene er implementert og etterleves. Dette er et entydig lederansvar. Det vises også til helsespersonellovens § 16.

Styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten

Helsetilsynet er enig i utvalgets vurdering at styrkeforholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten representerer en utfordring. Utvalget peker på den utfordringen som "ubalansen mellom antall kommuner og antall foretak innebærer". Det pekes på at behovet for administrativt enkle løsninger i spesialisthelsetjenesten går på bekostning av kommunenes lokale behov og prioriteringer (pkt 8.1.2).

Etter vår vurdering må fokus primært rettes mot at pasientene skal ha et faglig forsvarlig tjenestetilbud. En felles tilnærming til beste for pasienten må derfor stå sentralt.

I henhold til foretaksloven § 41 skal foretakene samhandle med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål med mer. Slik sett ligger det en forpliktelse for foretaket å inngå et samarbeid for at gode og likeverdige spesialisthelsetjenester skal kunne ytes. Helse- og omsorgsdepartementet har i sitt bestillerdokument for 2005 ("sørge-for" ansvaret) tydeliggjort at RHF'ene skal "sikre ivaretagelsen av plikten til å utarbeide individuell plan i samarbeid med kommunen for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester". I dokumentet tydeliggjøres også andre tiltak for å sikre samhandlingen, for eksempel at pasientene skal oppleve helhetlige behandlingsskjeder, samt at RHF'et skal utforme overordnede strategier for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I forhold til det siste mener Helsetilsynet at det burde vært tydeliggjort at strategien må utvikles i fellesskap.

I departementets styring av RHF'ene som *eier*, er det bl.a. tydeliggjort kravet til internkontroll og ledelsesutviklingstiltak.

Med bakgrunn i dette og erfaringer vi har som tilsynsmyndighet, mener Helsetilsynet at forpliktende avtaler mellom ledelsen på foretaksnivå og kommuneledelsen vil være et viktig grunnlag for et forpliktende samarbeid. Vi mener det ville være hensiktsmessig at dette blir en lovpålagt plikt både for foretakene og kommunene. Det bør fremgå av retningslinjer (eller annet) at de i fellesskap har plikt til å utforme en felles strategi. Dette er en forutsetning for at de organisatoriske nivåene skal oppleve en best mulig grad av likeverdighet. Det vil også legge grunnlag for en større grad av forståelse for felles utfordringer og felles løsninger.

Forsøksordninger og nye organisasjonsmodeller

Utvalget foreslår også forsøksordninger med nye organisasjonsmodeller, for eksempel sameie mellom kommuner og foretak der disse kan eie utførerene i helsetjenesten sammen, at kommunen og foretakene overfører eier- og myndighetsutøvelse til et eget organ eller at det åpnes for forsøk hvor kommuner kan overta det (noe av ?) ”sørge-for” ansvaret som staten via RHF’ene har for spesialisthelsetjenesten.

Helsetilsynet mener prinsipielt at plikter og myndighetsutøvelse skal være entydig. Hvis dette prinsippet fravikes, er vi bekymret for at man igjen vil oppleve en økt grad av ”svarte-per” spill.

Helsetilsynet har tidligere, da fylkeskommunene hadde ansvar for spesialisthelsetjenesten og kommunen hadde ansvar for primærhelsetjenesten, også erfaring med modellen med samme eier for primær- og spesialisttjenestene (nemlig i Oslo som både kommune og fylkeskommune). Så langt vi er kjent med, var problemstillingene knyttet til samhandling mellom de to nivåene ikke enklere med denne modellen. Hvorvidt dette var et resultat av at kommunen hadde delegert ansvar til bydelene er vanskelig å si, men de negative konsekvensene for pasientene syntes å være like store som andre steder.

Vi mener at erfaringene med RHF’enes ”sørge-for” ansvar foreløpig er for liten til å kunne tilrå at (deler av ?) dette ansvaret overføres til kommuner. ”Sørge-for” ansvaret trenger å utvikles for å få et tydeligere, etterprøvbart innhold. Det pågår også et betydelig arbeid om samhandlingsproblematikk i regi av RHF’ene selv på dette området. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet i sitt styringsdokument som eier tydeliggjort kravet til RHF’et om å gjennomføre systematiske prosesser for å identifisere tjenestebehov i regionen, samt hvordan dette forholder seg til pasientrettigheter og øvrige overordnede rammer for prioriteringer.

En oppdeling av RHF’enes ”sørge-for” ansvaret til kommunene (innen regionen? I nedslagsfeltet for helseforetaket?) vil medføre en oppsplitting og utydeliggjøring i hva dette ansvaret innebærer.

Helsetilsynet mener det mest hensiktsmessige er å understøtte de ansvarsposisjoner, organisatoriske rammebetingelser og økonomiske ordninger, slik de er i dag. Som det fremgår ovenfor mener vi imidlertid at det vil være hensiktsmessig å lovfeste et gjensidig krav om å inngå samhandlingsavtaler. Vi vil imidlertid peke på at avtalene i seg selv bare er et verktøy. Det viktige er at avtalene og de forpliktelser som de gir uttrykk for, er implementert og godt kjent i organisasjonen. Vi vil igjen vise til kravet om internkontroll for å sikre at slike avtaler etterleves.

Veksten i tjenestetilbudet og oppgaveforskyvninger fra spesialist- til kommunehelsetjenesten

Utvalget peker på at de siste årene har skjedd en kraftig vekst i tjenestetilbudet, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og at det også har skjedd forskyvninger i ansvarsområdet for aktørene. Av dette følger at flere pasientgrupper nå får behandling og oppfølging på kommunalt nivå, og at fastlegene har overtatt en del pasientoppgaver som tidligere ble utført på spesialistnivå. Utvalget mener det er belegg for at pleie- og omsorgstjenesten har fått større oppgaver enn tidligere, blant annet med pasienter som

bruker respiratorbehandling, avansert smertebehandling og i omsorgen for psykisk syke.

Selv om beskrivelsen nok er dekkende, tror Helsetilsynet at utviklingen er i ferd med eller har stabilisert seg, kanskje med unntak av forholdene rundt alvorlig psykisk syke, og da særlig pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk.

Dette understøttes av resultatene fra en nasjonal undersøkelse Helsetilsynet gjennomførte i 2003 vedrørende det ordinære pleie- og omsorgstilbudet i et utvalg av 73 kommuner. En problemstilling i undersøkelsen dreide seg om eventuelle oppgaveforskyvinger fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, og hva dette krever av de kommunale personalressursene. Selv om undersøkelsen har noen metodiske begrensninger i forhold til den aktuelle problemstillingen, indikerer resultatene at tjenestemottakere med behov for "omfattende og/eller faglig spesialisert hjelp" som overføres fra spesialisthelsetjenesten til pleie- og omsorgstjenesten, er en begrenset gruppe (i underkant av 10 % av totalmaterialet). Denne gruppen har noe større funksjonssvikt enn andre og representerer til dels også andre helseproblemer. Mye tyder imidlertid på at disse tjenestemottakerne antagelig ikke krever vesentlig mer ressurser enn andre, og andelen som krever faglig spesialisert hjelp, som terminalpleie, cellegiftbehandling, respiratorbehandling, smertebehandling med intravenøs teknikk, osv, er trolig svært begrenset (ca. 0,6 % av totalmaterialet). Imidlertid viste resultatene at tjenestemottakere med psykisk lidelse, psykisk utviklingshemning og aldersdemens hyppigst ble ansett av helsepersonellet som de faglig mest krevende.

Sårbare områder i allmennlegetjenesten

Helsetilsynet publiserte i 2004 en rapport om risiko- og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Det fremheves der at oppfølging av pasienter med kroniske og sammensatte behov er blant de områdene der det er særlig risiko for svikt. En god oppfølging av disse pasientene er krevende og stiller store krav til allmennlegen og de samarbeidende aktører og etater. Allmennlegene må ha oppdaterte oversikter over pasientenes tilstand og behandling, må ha rutiner for samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenester (særlig hjemmesykepleie og om legemidler) og det forventes at allmennlegen prioriterer å delta i samarbeidende fora i forhold til enkeltpasienter (for eksempel i ansvarsgrupper).

Fastlegeforskriften stiller krav om koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Tilsvarende er fastlegene, på samme måte som spesialisthelsetjenesten og kommunen, gjennom internkontrollplikten forpliktet til å ha system som sikrer at deres pasienter blir forsvarlig ivaretatt når det er behov for samhandling på ulike måter.

Som det fremgår ovenfor, deler Helsetilsynet utvalgets oppfatning at de organisatoriske nivåene bør oppleve en størst mulig grad av likeverdighet. Utvalget gir flere eksempler på tiltak som trolig kan være gode bidrag i den forbindelse, og som kan fremme konkret samhandling mellom fastleger/annet helsepersonell og helseforetak, herunder utvidelse av praksiskonsulentordningene, gjensidig hospitering, samarbeid om prosedyrer, osv. Dette bekreftes også gjennom en pilotundersøkelse Helsetilsynet gjennomførte i to fylker i 2001 om spesialisthelsetjenestens pasientrettede veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten (se også nedenfor under Veiledningsplikten).

Kompetansen innen kommunehelsetjenesten

Helsetilsynet ser med bekymring på den til dels varierende kompetansen innen kommunehelsetjenesten. Helsetilsynet har erfaring med at det flere steder er tilsatt forholdsvis mange ufaglærte/pleiere som har relativt lite relevant kompetanse, sett i forhold til de med sykepleierutdanning. Dette fremkommer bl.a. i Helsetilsynets nasjonale undersøkelse i pleie- og omsorgstjenesten som er nevnt ovenfor. Undersøkelsen viser at kommunene hadde vanskeligheter med å dekke opp de turnusplaner som var planlagt, og at vakansen var størst i sykepleierstillingene, dernest blant hjelpepleierne. Det kom også frem at kommunene i utgangspunktet planla med en forholdsvis stor andel av ufaglærte i turnusplanene sine.

Mangelfull kompetanse i kommunehelsetjenesten kan etter vårt syn representere en reell hindring for å oppnå god samhandling mellom ansatte i åpen omsorg og henholdsvis fastlegene, privatpraktiserende helsepersonell og helseforetakene. Dette kan også ha som konsekvens at det svekker prinsippet om likeverdighet.

Et annet bekymringsområde er kommunenes ivaretagelse av samfunnsmedisinske oppgaver. Helsetilsynet mener at selv om det flere steder kan være behov for å styrke dette området, må det tas hensyn til at mange fastleger har mangelfull samfunnsmedisinsk kompetanse. Vi vil også peke på den særlige samfunnsmedisinske kompetansen som er påkrevet i forhold til et forsvarlig miljørettet helsevern og smittevern i kommunene. Vi er i tvil om fastlegene bør tilpliktes samfunnsmedisinsk arbeid. Hvis dette likevel får gjennomslag, bør kommunen tilpliktes å sørge for opplæring/kompetanseøkning slik at disse oppgavene kan bli ivaretatt på en forsvarlig måte.

Som det fremgår, er det Helsetilsynets oppfatning at vektlegging av rekruttering og kompetanse, i tillegg til ledelse og styringssystem, er viktige elementer for å kunne lykkes med samhandlingsutfordringene. Slik utviklingen har vært, kan det imidlertid være grunn til å stille spørsmål ved om sentrale prinsipper i de nasjonale målsetningene for utviklingen av de kommunale helse- og sosialtjenester i St.meld.nr.45 (2002-2003) og i St.meld.nr.40 (2002-2003) er blitt fulgt opp i tilstrekkelig grad. I sistnevnte stortingsmelding pekes det på at "viktige utfordringer i offentlige tjenester er knyttet til rekruttering av personell, kompetanse, organisering, informasjon, service og saksbehandling".

Avtaler med fastleger og privatpraktiserende helsepersonell

Fastleger, privatpraktiserende leger med spesialistkompetanse og annet privatpraktiserende helsepersonell som har avtale med kommuner eller foretak, inngår i de offentlige helseplaner. Hvilke oppgaver dette personellet skal utføre, bør fremgå av de avtaler som inngås. I den utstrekning det er ønskelig og nødvendig at personellet deltar i forpliktende samarbeid med øvrige deler av hjelpeapparatet, bør dette fremgå av avtalene.

Etter Helsetilsynets oppfatning er det grunn til å stille spørsmål ved i hvilken grad kommuner og regionale helseforetak nyttiggjør seg den styringsretten de har gjennom å kunne sette vilkår ved avtaleinngåelsen. Videre kan det være grunn til å spørre i hvilken grad avtaler som er inngått følges opp med sikte på om samhandling skjer som forutsatt.

Helsetilsynet deler utvalgets bekymring med hensyn til manglende fokus på behovet for samhandling fra gruppen privatpraktiserende helsepersonell som har avtale med det offentlige.

Med fastlegeordningen har den enkelte fastlege fått større ansvar for å følge opp de pasienter hun har på sin liste. Helsetilsynet mener at fastlegene står i en særstilling når det gjelder forpliktelsen til å initiere/etablere et forsvarlig samarbeid i forhold til sine listepasienter. Deltagelse og/eller innspill til ansvarsgrupper, arbeid med individuell plan, systematisk arbeid med rehabilitering osv., er en måte å håndtere deres plikt til forsvarlig helsehjelp på. Her har fastlegene en viktigere plass enn i de samfunnsmedisinske kommunale oppgavene.

Kommunen må på sin side kunne gjøre rede for hvordan den fra sitt ståsted bidrar til at fastlegene bringes inn og er bidragsytere i dette arbeidet. Helsetilsynet mener derfor at det bør settes fokus på kommunenes rolle i forbindelse med avtaleinngåelsen med fastlegene.

Forslag knyttet til pasientperspektivet

Individuell plan

Utvalget foreslår i punkt 10.2.2 at det formelle ansvaret for å utarbeide individuell plan legges til kommunen, og at spesialisthelsetjenesten tilpliktes å medvirke i arbeidet når de yter tjenester til pasienter som har en rett til individuell plan.

Helsetilsynet er enig med utvalget i at det er behov for en klarere ansvarsplassering i forhold til hvilken instans som skal ha ansvaret for utarbeidelse av individuell plan. Vi har ikke motforestillinger til at hovedansvaret for initiering og utarbeidelse av planen legges til kommunen, men ser også at det bør åpnes for at spesialisthelsetjenesten i tilfeller med svært krevende pasienter får hovedansvaret. I slike tilfeller bør dette avtales eksplisitt.

For å få etablert system for dette planarbeidet, som skal ivareta tjenestemottakernes behov for et forsvarlig, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud, mener Helsetilsynet det er avgjørende at dette er ledelsesforankret og knyttet opp mot kvalitets- og internkontrollsystemene i virksomhetene.

Likeledes mener vi at forankringen av planarbeidet må baseres på formaliserte gjensidige avtaler på øverste ledelsesnivå i helseforetak og kommuner, og at ledelsen på begge nivå gjennom dette sikrer deltagelse fra personell med nødvendig kompetanse og myndighet, jf ovenfor om avtaler med fastleger og privatpraktiserende helsepersonell.

Helsetilsynet stiller imidlertid spørsmål ved hensikten med en særlig nasjonal rapportering på bruk av individuell plan for alle kommuner og foretak. Prinsipielt mener Helsetilsynet at dette bør vurderes i sammenheng med det arbeidet som pågår når det gjelder dokumentasjon og evaluering av nasjonale kvalitetsindikatorer.

Pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten

Utvalget foreslår under punkt 10.2.3 at ordningen med pasientansvarlig lege for koordinering av tjenester internt i foretak tas ut som en generell ordning og i større grad målrettes mot de pasientgruppene som trenger dette mest.

Helsetilsynet vil peke på at formålet med ordningen er å skape kontinuitet i møtet mellom pasienter og spesialisthelsetjenesten gjennom å styrke samordning av behandling og kommunikasjon mellom lege og pasient. Den pasientansvarlige legen skal videre fungere som et bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Hun har også et ansvar for å bringe pasienterfaringer inn i det kontinuerlige kvalitetsforbedrende arbeidet, jf internkontrollplikten.

Vi stiller derfor spørsmål ved om denne ordningen bør innskrenkes til særskilte pasientgrupper, jf utredningens punkt 6.2.1 som gir en beskrivelse av pasienter med ekstra store samhandlingsbehov. Som det fremgår ovenfor er ordningen med pasientansvarlig lege ment å omfatte en rekke generelle funksjoner i forhold til pasient- og kvalitetsarbeidet i helseforetakene og bør derfor etter vårt syn gjelde for langt flere pasienter enn for den nevnte pasientgruppen.

Vi vil imidlertid peke på at det kan være grunn til å vurdere om funksjonen som pasientansvarlig lege er tillagt en rolle med tilstrekkelig "myndighet" i forhold til de koordinerings- og samordningsoppgavene hun skal ha. Vi mener det er behov for en opprydding og forenkling av de lov- og forskriftspålagte ansvarsposisjonene "behandlingsansvarlig lege" for medisinske undersøkelser og behandling, "informasjonsansvarlig person", "journalansvarlig" og "pasientansvarlig lege". Disse funksjonene kan i prinsippet ivaretas av ulike personer. Det er opp til virksomhetens ledelse å utforme hvordan dette skal ivaretas når disse funksjonene ikke er på samme hånd. Etter vårt syn er det likevel behov for en tydeliggjøring av bestemmelsene som regulerer virksomhetenes adgang til å fordele nevnte oppgaver.

Pasientopplæring og informasjon

Utvalget går inn for at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemming sikres rett til pasientopplæring gjennom en bestemmelse i pasientrettighetsloven, jf punkt 10.2.4. Videre forslås at slike opplæringstilbud bygges opp i samarbeid med brukerorganisasjoner, bl.a. gjennom utvikling av lærings- og mestringssentra, og at helsetjenesten, sammen med brukerorganisasjonene, styrker informasjonen til pasienter som ikke selv aktivt søker informasjon.

Etter Helsetilsynet vurdering kan en slik ordning medvirke til uklare ansvarsforhold i forhold til hva som er helsetjenestens oppgaver og ansvar, og hva som er brukerorganisasjonenes rolle.

Helsetilsynet vil presisere helsetjenestens og helsepersonellens plikt til å sørge for at pasienten gis forsvarlig informasjon og opplæring for å kunne ta stilling til bl.a. samtykke til helsehjelp. Brukerorganisasjonene kan gjennom sin pasientstøtte og -opplæring bidra til at den enkelte kan komme videre i sin egen mestringsprosess ved at viktig brukererfaring formidles.

Brukerorganisasjonene vil i mange tilfeller også være interesseorganisasjoner. Det kan derfor ikke forventes at de skal ha et helhetlig og uavhengig syn i forhold til alle

grupper av pasienter, slik helsetjenesten må ha når de foretar sine prioriteringer i henhold til pliktbestemmelsene i helselovgivningen. Helsetjenesten bør således være varsomme med å inngå i formelle samarbeidsstrukturer med brukerorganisasjoner om opplæring av og informasjon til pasienter, dersom det kan svekke de lovmessige plikter tillagt helsetjenesten og helsepersonellet. Etter vårt syn bør de oppgaver brukerorganisasjonene ivaretar mer være et supplement til de lovmessige plikter, jf det som fremgår ovenfor.

Pasientombudordningen

Pasientombudordningen er nedfelt i pasientrettighetsloven kapittel 8. Det fremgår av § 8-1 at pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Pasientombudet skal sørge for at pasientene får ivaretatt sine rettigheter innen spesialisthelsetjenesten, og dermed for at deres rettssikkerhet bedres. Videre skal de bl.a. også bidra til å bedre kvaliteten, samt bidra til å skape dialog og problemløsning mellom pasient og helsetjenesten der det er nødvendig.

Dette siste punktet er særlig aktuelt sett i relasjon til samhandlingsproblematikken – både vertikalt og horisontalt. På denne bakgrunn støtter Helsetilsynet utvalgets forslag i punkt 10.2.5 om å utvide pasientombudordningen til også å omfatte primærhelsetjenesten. Det er viktig at pasientombudet får en type ”meklingsrolle” i denne type saker og derigjennom bidrar til kommunikasjon mellom de ulike ledd/nivåer i helsetjenesten.

Dette endrer ikke på pasientombudets oppgaver knyttet til å rådgi pasienter i ”jungelen” av klageordninger, samt bidra til at saker som fremstår som åpenbare og alvorlige pliktbrudd fra helsepersonellens side, videreformidles til Helsetilsynet i fylket.

Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøverne

Én adresse for samhandling i kommunene og foretakene

Utvalget foreslår i pkt. 10.3.5 at både kommuner og foretak skal opprette én klar adresse som kan veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne. Det fremgår at dette skal fungere som én adresse for de henvendelsene som *ikke* naturlig finner veien direkte mellom aktørene.

Helsetilsynet kan se behovet for at det etableres én slik adresse, gitt de forutsetninger som utvalget peker på. På den annen side er det viktig at en slik ordning *ikke* svekker rutiner og prosedyrer som er etablert for å sikre en forsvarlig samordning av tjenestetilbudet.

Det er opp til den enkelte kommune eller helseforetak hvordan de ønsker å organisere sin virksomhet i forhold til å sikre samordningsfunksjonen (jf det som fremgår ovenfor om individuell plan), og at dette er foranket i deres internkontrollsystem.

Helsetilsynet savner utvalgets vurderinger av ulike konsekvenser av en slik ordning som er foreslått. Videre savner vi en nærmere beskrivelse av hvordan man tenker seg

at denne funksjonen skal ivaretas i praksis. Er det tenkt at instansen skal være et forvaltningsorgan med vedtaks- og fortolkningskompetanse, eller er det tenkt at den mer skal være en sekretariatsfunksjon i forhold til å gi praktiske råd om hvor man skal henvende seg?

Dersom det er ment at instansen skal foreta faglige vurderinger knyttet til behovet for, og eventuelt hvilke instanser som skal involveres i utformingen av individuell plan, mener Helsetilsynet at fastlegens rolle og funksjon vil være helt sentral, jf ovenfor om avtaler med fastleger. Selv om fastlegene får større forpliktelser i forhold til initiering/etablering av samarbeidsordninger for sine pasienter, er dette etter vår syn likevel ikke til hinder for at mye av det praktiske arbeidet kan legges til personer med ulik kompetanse, avhengig av hva problematikken inneholder (for eksempel psykiatrisk sykepleier, hjemmesykepleier, osv).

Forslaget om én adresse for henvendelsene om samordningsspørsmål reiser også spørsmål knyttet til personvernet, jf nedenfor under Personvernet.

På foretaksnivå vil det kunne være vanskelig å etablere én adresse for hele helseforetaket. Hvordan dette skal organiseres må vurderes av det enkelte helseforetak og omfattes av internkontrollen. Det innebærer også at det skal være klart hvor kommunehelsetjenesten skal henvende seg. En koordinerende instans i forhold til foretakene kan for eksempel tenkes å være de som mottar henvisningene fra kommunehelsetjenesten. Dette finnes det system for. Det er også viktig at det tas hensyn til hvordan foretaket er organisert, for eksempel divisjoner/avdelinger som er organisert på tvers av fylkesgrensene.

Veiledningsplikten

Helsetilsynet er enig med utvalget i at bestemmelsen om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten er uklar, jf punkt 10.3.9.

Etter vår vurdering bør pliktsubjektet i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 endres for å tydeliggjøre at ansvaret for å sørge for ivaretagelse av veiledningsplikten ligger på foretaksnivå, og at det vil være opp til helseforetakene å organisere/koordinere/fordele oppgaven blant kompetent helsepersonell.

Vi er likeledes enig i at det bør innføres en likelydende bestemmelse om veiledningsplikt i kommunehelsetjenesteloven. I en kartlegging gjennomført av Helsetilsynet som et pilotprosjekt i to fylker i 2001, ble det fra kommunesiden så vel som sykehussiden, fremhevet at det bør legges bedre til rette for virkemidler som undervisning, hospitering, ambulerende team og individuelle planer. Fra kommunesiden ble det etterlyst mer likeverdig samarbeid mellom nivåene. Helsetilsynet mener at en gjensidig veiledningsplikt vil bidra til likeverdighetstenkingen og sikre kompetanseoverføring fra begge nivå. Ikke minst vil det tydeliggjøre kommunehelsetjenestens og fastlegenes forpliktelser når det gjelder å veilede og informere spesialisthelsetjenesten om pasientens helseforhold i en helhetlig sammenheng, for eksempel knyttet til henvisninger.

Etter vår vurdering bør det også tydeliggjøres hvilken form for veiledning som forventes fra de ulike nivåene ut over det som følger av annet regelverk som henvisninger og epikriser.

Helsetilsynet er enig med utvalget at det ikke skal være adgang til å ta vederlag for denne type tjenester.

Personvernet

Helsetilsynet er enig med utvalget som under punkt 7.4.6. sier at god samhandling forutsetter at samarbeidende personell har tilgang til nødvendig informasjon om pasienter. Dette krever for det første at helsepersonell har adgang til å kommunisere pasientopplysninger seg i mellom (taushetsplikt). For det andre er det nødvendig at informasjonssystemene ikke vanskeliggjør utveksling av pasientopplysninger i for stor grad (tilgjengelighet).

De utfordringer som knytter seg til tilgjengelighet finner Helsetilsynet ikke grunn til å kommentere nærmere. Det kan neppe være stor uenighet om at helsetjenestens informasjonssystemer må legge til rette for enkel og sikker informasjonsutveksling når utveksling av pasientopplysninger skal skje.

I hvilken grad det er nødvendig og ønskelig å gjøre endringer i gjeldende taushetspliktreger, er det etter Helsetilsynets oppfatning større grunn til å diskutere.

Ved vedtakelsen av "lovpakken" bestående av helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven i 1999, var et stikkord "pasienten først". Ved dette ønsket man bl.a. å tydeliggjøre at pasientene er helt sentrale når helsehjelp planlegges og ytes, ved at retten til informasjon, samtykke og medvirkning ble tydeliggjort. For ytterligere å understreke betydningen av "pasienten først" ble pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester gitt rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasientrettighetsloven § 2-5. I planarbeidet er pasientens medvirkning en forutsetning.

Helsetilsynet oppfatter, som tidligere nevnt, at utvalget ser arbeidet med individuell plan som et viktig verktøy for å få til bedre samhandling mellom de ulike delene av tjenesteapparatet. I et slikt perspektiv kan vi vanskelig se at det er stort behov for ytterligere unntak fra taushetsplikten. I forbindelse med planarbeidet må det forutsettes at pasientene gir nødvendig samtykke til at helsepersonell kan utveksle informasjon. Tilsvarende anser vi at det må gjelde i forhold til pasienter som ikke har rett til individuell plan, men hvor det like fullt er nødvendig at tjenesteapparatet samarbeider.

I situasjoner hvor pasienter har redusert samtykkekompetanse vil representasjonsreglene i pasientrettighetsloven kapittel 4 regulere hvem som skal samtykke på vegne av pasienter.

I dagens samfunn, med press mot personvernet fra mange hold, er det vanskelig å sterkt nok poengtere viktigheten av å opprettholde et regelverk som ivaretar enkeltmenneskers integritet på en ordentlig måte. Helsetilsynet kan vanskelig se noen viktig begrunnelse for at de ulike deler av helsetjenesten skal kunne kommunisere om enkeltpasienter uten den enkelte pasients samtykke.

I den grad samhandling ikke skjer i dag, antar Helsetilsynet at dette ikke skyldes for strenge taushetspliktreger. Det er mer nærliggende å legge til grunn at manglende

dialog om enkeltpasienter skyldes informasjonssystemer som ikke kommuniserer elektronisk, manglende kunnskap om dagens taushetspliktregler og kanskje manglende vilje og evne til samhandling.

Helsetilsynet kan på bakgrunn av ovennevnte ikke se hensikten med å foreslå en fullstendig gjennomgang av taushetspliktregelverket slik utvalget foreslår.

Når det gjelder utvalgets forslag i pkt. 10.3.5 om én adresse for henvendelser mellom tjenesteytere om samhandlingsbehov, finner vi som nevnt ovenfor at det er en rekke spørsmål som må avklares før man kan konkludere i forhold til dette forslaget. Ut fra personvern hensyn må det avklares i hvilken grad denne instansen skal få tilgang til pasientinformasjon. Dersom det er ønskelig at instansen skal ha tilgang til pasientopplysninger, må det avklares i hvilken grad helsepersonellovens taushetspliktregler gir adgang til dette. Avgjørende i denne sammenheng vil bl.a. være om noen av helsepersonellovens regler gjør unntak fra taushetsplikten for dette formål, i hvilken grad det lar seg gjøre å basere seg på pasientens samtykke, og om det vil være naturlig å anse personellet som bidrar administrativt ved organisering av samarbeidet som helsepersonells medhjelper, jf. helsepersonelloven § 5.

Tilsyn med helse- og sosialtjenesten

Helsetilsynet merker seg at utvalget er kritisk til Aasland-utvalgets forslag om å overføre tilsyn med kommunenes helsetjeneste fra Helsetilsynet i fylkene til Fylkesmannen.

I den forbindelse mener vi det er viktig å se Wisløff-utvalget i sammenheng med både Aasland-utvalget (NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren) og Bernt-utvalget (NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene). Som nevnt innledningsvis er det viktig at de statlige myndigheter fremstår koordinert og med pasientenes sikkerhet i fokus. Selv om det er to departementer som følger opp de nevnte utredningene, er det derfor stor grunn til å se disse i sammenheng.

Wisløff-utvalget påpeker at Helsetilsynet i dag fører tilsyn med områder hvor det er stor risiko for svikt, og hvor svikt kan få alvorlige konsekvenser. Etter utvalgets syn vil en overføring av tilsynsansvaret til Fylkesmannen i praksis føre til et todelt tilsynsansvar, hvilket vil svekke muligheten til å se og håndtere saker hvor det er samhandlingsproblemer. Samhandlingsperspektivet vil således bli dårligere ivaretatt.

Disse synspunktene er i tråd med Helsetilsynets egne vurderinger, slik det er redegjort for i Helsetilsynets høringsuttalelse til Aasland-utvalget. Vi peker der bl.a. på at det må legges til rette for at tilsynsordningene skal kunne beskytte brukernes rett til helhetlige og koordinerte tjenester fra flere nivåer innen de ulike sektorer. Dette innebærer at tilsynsmyndigheten må fokusere bredere enn på kommunesektoren, ved at den også ivaretar tilsynsansvaret i forhold til spesialisthelsetjenesten. Denne tjenesten er nå statlig eid, og er regionalisert. Det skjer stadig organisatoriske endringer som endrer ansvars- og oppgaveplasseringen, og antallet fylkesovergripende helseforetak øker. Tilsynet med spesialisthelsetjenesten nødvendiggjør derfor også en koordinering på tvers av fylkesgrenser, noe som i andre sammenhenger er mindre aktuelle problemstillinger for Fylkesmannen.

Et Helsetilsyn i fylket som bare har ansvar for spesialisthelsetjenesten gir ingen mening, da helsetjenesten må kunne vurderes som en helhet. For å kunne utøve forsvarlig tilsyn med helsetjenesten er det en grunnleggende forutsetning at tilsynsmyndigheten er i stand til å se helheten mellom de ulike nivåene og pasientflyten dem i mellom. Dette forutsetter et *samlet* tilsyn med helsetjenesten.

Bernt-utvalget foreslår å erstatte dagens to lover med en felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov som regulerer kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakernes rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Etter Helsetilsynets vurdering synes utvalget i liten grad å ha vurdert de mer prinsipielle spørsmål knyttet til behovet for et samlet og uavhengig tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjeneste, ut fra hensynet til befolkningens rettssikkerhet og tilliten til kommunene og tilsynsmyndighetene. Helsetilsynet mener det må legges betydelig vekt på at tilsynsmyndigheten fremstår som mest mulig uavhengig i forhold til politiske myndigheter, eiere, utøvere av sosial- og helsetjenester og andre.

For Helsetilsynet kan det se ut som om *Bernt-utvalget*, i likhet med *Aasland-utvalget*, først og fremst har hatt fokus på *horisontal samordning* innen og overfor kommunen. Helsetilsynet savner en analyse av hvilke konsekvenser *Bernt-utvalgets* forslag kan få for den *vertikale samordningen* innen helsetjenesten. Vi mener således at drøftelsen i større grad burde bygge på en avveining mellom hensynet til samordning av regelverket og ivaretagelsen av tilsynets formål. Helsetilsynet savner i utredningen også mer fokus på kravet til faglig forsvarlige tjenester. Dette myndighetskravet gjelder generelt, men er ikke minst viktig i forhold til de tjenestemottagerne som trenger samordnede tjenester og et helhetlig tjenestetilbud.

Helsetilsynet vil presisere at en grunnleggende forutsetning for å kunne drive forsvarlig tilsyn med helsetjenesten, er at tilsynsmyndigheten er i stand til å se helheten i tjenestene. Det at selve helsetjenesten organisatorisk er atskilt i ulike nivåer, gjør det ekstra påkrevet at tilsynet kan se helheten og sammenhengen i behandlingskjeden. Pasienter bor i en kommune og har rett på nødvendige tjenester der, mens de spesialisthelsetjenestene vedkommende også har krav på, kanskje gis i et eller flere andre fylker enn hjemfylket. Dette skaper mange risikofylte grenseflater som erfaringsmessig øker sannsynligheten for svikt. Skal tilsynet kunne vurdere samarbeid, må vi ha tilgang til å undersøke og vurdere situasjonen fra begge sider. Det skaper også større sikkerhet for at kommunene ikke blir tillagt større ansvar i samarbeidet enn de rettmessig skal.

Etter Helsetilsynets vurdering tilsier således samhandlingsproblemene i helsetjenesten en samlet organisering av tilsynet med helsetjenesten. Vi viser for øvrig til en nærmere diskusjon og beskrivelse av våre synspunkter i høringsuttalelsene til *Aasland-utvalget* og *Bernt-utvalget*.

Oppsummering

Helsetilsynets hovedinntrykk er at utredningen gir en grundig gjennomgang av samhandlingsutfordringene i helsetjenesten. Utvalget har konsentrert sin beskrivelse og sine forslag særlig om grupper som trenger et helhetlig tjenestetilbud over tid. Helsetilsynet vil understreke at alle pasienter har krav på forsvarlig samhandling når dette er relevant for den helsehjelpen som gis.

Vi deler utvalgets konklusjon at samhandling ofte kan svikte på individnivå og på ledelses/systemnivå. Vår tilsynserfaring er at der det oftest svikter, er i overgangen mellom ulike nivåer og tjenester. Det kan være manglende rutiner og strategier for samarbeid, uavklarte ansvarsforhold, profesjonsstridigheter og ulike kulturer og arbeidsmåter. Dette er heller ikke uvanlig innenfor den enkelte virksomhet eller avdeling.

Vi deler også utvalgets konklusjon at det ikke er behov for store endringer i ansvars- og oppgavefordelingen i helsetjenesten. Etter vårt syn utgjør dagens helselovgivning den nødvendige ramme for samhandling innen og på tvers av nivåene.

Etter Helsetilsynet vurdering kunne utredningen hatt et sterkere fokus på ledelse og styringmessige forhold. I dette perspektivet savner vi en sterkere tydeliggjøring av myndighetskravet om at tjenestetilbudet skal være forsvarlig. Videre savner vi et tydeligere fokus på kravet til internkontroll og hvilket ansvar som tilligger den/de som er ansvarlige for virksomheten.

Helsetilsynet vil også understreke at rekruttering og kompetanse må vektlegges. I tillegg til ledelse og styringssystem er dette svært viktige elementer for å kunne lykkes med samhandlingsutfordringene.

Helsetilsynet deler utvalgets kritikk av Aasland-utvalgets forslag om å overføre tilsyn med kommunenes helsetjeneste fra Helsetilsynet i fylkene til Fylkesmannen. Etter vår vurdering tilsier samhandlingsproblemene i helsetjenesten en samlet organisering av tilsynet med helsetjenesten. Vi anbefaler at Wisløff-utvalget ses i sammenheng med både Aasland-utvalget (NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren) og Bernt-utvalget (NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene), selv om det er to departementer som følger opp de nevnte utredningene.

Utvalget foreslår mange enkelttiltak, som man i sum mener kan bidra til at samhandlingen i helsetjenesten bedres. Helsetilsynet har ikke funnet grunn til å diskutere alle forslagene i detalj, fordi vi mener at det er størst behov for å vektlegge ledelses- og systemtenkingen. Nedenfor oppsummeres de forslagene vi uttaler oss om:

Forpliktende avtaler: Helsetilsynet støtter utvalgets forslag om forpliktende avtaler mellom ledelsen på foretaksnivå og kommuneledelsen for et forpliktende samarbeid. Vi mener det vil være hensiktsmessig at dette blir en lovpålagt plikt både for foretakene og kommunene.

Helsetilsynet stiller spørsmål ved i hvilken grad kommunene og de regionale helseforetak nyttiggjør seg den styringsretten de har, gjennom å kunne sette vilkår ved avtaleinngåelsen med fastleger og privatpraktiserende helsepersonell.

Forsøksordninger og nye organisasjonsmodeller: Helsetilsynet støtter på nåværende tidspunkt ikke utvalgets forslag om forsøk med nye organisasjonsmodeller. Vi mener det er mest hensiktsmessig å understøtte de ansvarsposisjoner, organisatoriske rammebetingelser og økonomiske ordninger, slik de er i dag.

Tiltak som kan bedre samhandlingen mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten: Helsetilsynet støtter utvalgets forslag til tiltak som trolig kan fremme samhandling mellom fastleger/annet helsepersonell og foretak på en konkret måte, for eksempel utvidelse av praksiskonsulentordningene, gjensidig hospitering, samarbeid om prosedyrer, etc.

Individuell plan: Helsetilsynet har ikke motforestillinger til at hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan legges til kommunen, men ser at det bør åpnes for at spesialisthelsetjenesten i spesielle tilfeller kan ha ansvaret. Dette må avtales eksplisitt. Vi mener en særlig nasjonal rapportering på bruk av individuell plan bør vurderes i sammenheng med arbeidet som pågår i forbindelse med nasjonale kvalitetsindikatorer.

Pasientansvarlig lege: Helsetilsynet deler ikke utvalgets forslag om at ordningen med pasientansvarlig lege bør innskrenkes til særskilte pasientgrupper. Vi mener imidlertid et er behov for å forenkle regelverket og tydeliggjøre ansvarsposisjonene ”behandlingsansvarlig lege”, ”informasjonsansvarlig person”, ”journalansvarlig” og ”pasientansvarlig lege”.

Pasientopplæring og informasjon: Helsetilsynet stiller spørsmål ved om opplæringstilbud til pasienter bør bygges opp i nært samarbeid med brukerorganisasjoner. En slik ordning kan medvirke til uklare ansvarsforhold i forhold til hva som er helsetjenestens oppgaver og ansvar, og hva som er brukerorganisasjonenes rolle.

Pasientombudordningen: Helsetilsynet støtter utvalgets forslag om å utvide pasientombudordningen til også å omfatte primærhelsetjenesten.

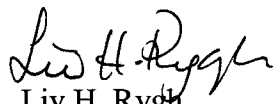
Én adresse for samhandling i kommunene og foretakene: Helsetilsynet kan se behovet for at det etableres én adresse for samhandling i kommunene og foretakene, men finner at det er en rekke spørsmål som må avklares før man kan konkludere i forhold til dette forslaget.

Veiledningsplikten: Helsetilsynet støtter forslaget om at pliktsubjektet i spesialisthelsetjenesteloven bør endres for å tydeliggjøre at ansvaret for å sørge for ivaretagelse av veiledningsplikten ligger på foretaksnivå. Vi er enig i at det bør innføres en likelydende bestemmelse om veiledningsplikt i kommunehelsetjenesteloven.

Personvernet: Helsetilsynets støtter ikke utvalgets forslag om en fullstendig gjennomgang av taushetspliktregelverket. I den grad samhandling ikke skjer i dag, antar Helsetilsynet at dette ikke skyldes for strenge taushetspliktregler.

Med hilsen


Lars E. Hanssen


Liv H. Rygh
seniorrådgiver

Kopi: Arbeids- og sosialdepartementet
Sosial- og helsedirektoratet
Helsetilsynet i fylkene
Fylkesmennene

Saksbehandlere:

Liv h. Rygh, tlf 21 52 99 57, <mailto:lry@helsetilsynet.no>

Anne Berit Gunbjørud, tlf.: 21 52 99 82, <mailto:abg@helsetilsynet.no>

Jostein Vist, tlf 21 52 99 25, <mailto:jvi@helsetilsynet.no>