



FYLKESMANNEN I NORD-TRØNDELAG

Sosial-, helse- og barnevernavdelingen

Saksbehandler: Kenneth Ledang

Deres ref.:
Vår ref.: 2005/3121

Vår dato: 03.06.2005

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 118
Arkivkode: 500	Journ.no: 060605
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høringsuttalelse - NOU 2005:3, Wisløffutvalgets innstilling, "Fra stykkevis til helt", en sammenhengende helsetjeneste

Innledende betraktninger

Vår tradisjonelle ansvarsfordeling i helsevesenet mellom allmenne (kommunale) og spesialiserte (helseforetak) helsetjenester stilles ovenfor særlige utfordringer på samarbeids- og samhandlingsområdet når det gjelder behandlingstilbudet til mennesker med langvarige og kroniske lidelser. Samhandlingen i helsetjenesten vil derfor måtte bli omfattende for disse pasientene.

Fylkesmannens generelle inntrykk av utvalgets vurderinger og forslag til tiltak, er overveiende positive. Utvalgets innstilling foreslår flere konkrete forbedringer innen organisatoriske, økonomiske og juridiske områder.

Økte økonomiske ressurser til helsevesenet alene er ikke nok om ikke organiseringen av de tverrsektorielle behandlingstilbudene forandres samtidig. Hovedinnsatsen fremover må derfor bli vesentlig økt satsing på utvikling av gjensidig forpliktende korresponderende behandlings- og oppfølgingstiltak mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

I forbindelse med foreliggende høringsuttalelse er det naturlig for Fylkesmannen å vise til for sitt betenkingsbrev til Helse- og omsorgsdepartementet datert 21.06.04, gjeldende forslag til statlig virkemiddelbruk for å styrke samarbeid og samhandling i helsetjenesten. Brevet gikk for øvrig som kopi til Wisløffutvalget. Det er derfor med stor tilfredshet at vi har merket oss at utvalget presenterer flere tiltak som er sammenfallende med våre forslag.

FYLKESMANNENS VURDERINGER OG INNSPILL TIL UTVALGETS FORSLAG

Utvalgets innstilling er strukturert i tre hovedområder (*brukerperspektivet, målrettede tiltak for bedre samhandling og økonomiske incentiver*). Fylkesmannen har valgt å kun avgi høring knyttet til områder og tiltak, der vi mener at det foreligger størst utviklingspotensial. På en del områder har vi tillatt å komme med konkrete forslag til ytterligere forbedringer, - ut over utvalgets innstilling.

1. Brukerperspektivet:

Fylkesmannen støtter utvalgets forslag om å innføre bestemmelser om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven som i foretaksloven. Videre foreslår

Fylkesmannen at brukermedvirkning må gis et langt tydeligere innhold enn hva faktum er i dag. Vi må bevege oss fra brukermedvirkning som et festtalebegrep til å gi det et reelt innhold. Derfor bør det utarbeides egen forskrift og veileder som kan fastsette definerte minimumskrav til innhold og omfang av brukermedvirkning i helsetjenesten. I dette arbeidet må brukerorganisasjonene være selvfølge bidragsyttere.

2. Individuell plan

Fylkesmannen støtter forslaget om at det iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov.

Fylkesmannen foreslår videre at det iverksettes et harmoniserende informasjonsarbeid også opp mot pårørende og fagfolk i helse- og sosialtjenesten og helseforetakene. Erfaringer fra fylkeslegenes landsomfattende tilsyn i 2002 og 2003 viste at det sto svært dårlig til med hvor langt kommunene og helseforetakene var kommet med å implementere rutiner for individuell plan i sin daglige virksomhet.

SINTEF helse er allerede godt i gang med å gi landsomfattende informasjons- og opplæringsstilbud om individuell plan knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse og det forslås derfor at en bygger videre på dette arbeidet også opp mot andre diagnosegrupper.

Fylkesmannen har ikke ensidig motforestillinger til at det er kommunen som i utgangspunktet skal være hovedansvarlig for arbeidet med individuell plan. Ideelt sett bør det forvaltningsnivået som har mest med brukeren å gjøre ha slikt ansvar. Dette ut fra det faktum at 90 % av alle personer med alvorlige psykiske lidelser til enhver tid bor i kommunene.

Fylkesmannen ser allikevel visse problemer forbundet med at ansvaret ensidig legges på én av partene i forvaltningsnivået (kommunen). Hvordan vil dette for eksempel slå ut for unge schizofrene (nysyke), som debuterer med akutt psykose og som tidligere ikke har vært i kontakt med det kommunale hjelpeapparatet? I mange tilfeller blir disse ungdommene værende i spesialisthelsetjenesten i flere måneder, før de kan utskrives til hjemkommunen. I slike tilfeller må spesialisthelsetjenesten ha hovedansvaret for at arbeidet med individuell plan iverksettes. Kommunen må trekkes inn i samarbeidet i lang tid før utskrivelsen finner sted.

Kommunehelsetjenesten bør kunne tillegges et generelt hovedansvar for arbeidet med individuell plan, men lovverket må allikevel åpne for at spesialisthelsetjenesten tillegges et hovedansvar for såkalt "nysyke", som tidligere *ikke* har vært i kontakt med den kommunale helsetjenesten.

Utvalget foreslår en plikt for helseforetaket til å medvirke til utarbeiding av individuell plan. Denne formuleringen anses ikke som tilstrekkelig for å sikre helhet og sammenheng i behandlingsskjeden, da en kan tenke seg nye runder med ørkesløse diskusjoner mellom forvaltningsnivåene om gråsoner og ansvarsforhold.

I dagens lovgivning har alle pasienter innen det psykiske helsevernet krav på individuell plan. Kravet gjelder uavhengig av om tjenestene er langvarige og sammensatte eller ikke. Fylkesmannen støtter utvalget i at det bør være de samme kriterier for rett til individuell plan slik den er definert i forskrift både i somatikk og psykisk helsevern. Fylkesmannen tilrår at regelverket harmoniseres.

3. Pasientopplæring og informasjon

Utvalget foreslår at det innføres en bestemmelse i pasientrettighetsloven som sikrer at pasienter med langvarige eller kronisk sykdom eller funksjonshemming gis tilbud om pasientopplæring, dersom dette kan bidra til å øke eller opprette selvstendighet og funksjon.

Fylkesmannen foreslår at bestemmelsene i pasientrettighetsloven også nevner de pårørende i denne sammenheng. Informasjon, opplæring og støtte til pårørende vil i mange tilfeller ha avgjørende effekt i et godt habiliterings- eller rehabiliteringsarbeid.

4. Legetjenesten i kommunene

Tilsynserfaringer og generelle tilbakemeldinger fra ansatte i helse- og sosialtjenesten tilsier at mange opplever det vanskelig å få med legene på tverrfaglig samarbeid. Uten å gå inn på årsakssammenhenger konstateres at legene ofte får en isolert og perifer rolle i behandlingsskjeden.

Fylkesmannen deler utvalgets oppfatningen om at fastlegeordningen i mange tilfeller har svekket det offentlige legearbeidet i kommunene og bidratt til at leger har nedprioritert tverrfaglig samarbeid til fordel for mer økonomisk uttellende individbasert klientarbeid på legekantoret. Fylkesmannen støtter utvalgets innstilling om at kommunene i sterkere grad bør utnytte potensialet som ligger i inngåelse av individuelle fastlegeavtaler for å styrke det offentlige legearbeidet. Dette vil spesielt kunne styrke tilbudene ovenfor den kraftig voksende gruppen eldre med sammensatte lidelser.

Fylkesmannen foreslår at det innføres en plikt for alle fastleger om å yte minimum 7,5 timer pr. uke til offentlig legearbeid. Videre foreslår Fylkesmannen at avtaleverket gjør det mulig for kommunene å fastsette ulike timer pr. uke til offentlig legearbeid ved opprettelse av nye fastlegehjemler. Lokale behov og prioriteringer må utgjøre argumentasjonen om størrelsen på timeantallet fastsatt til offentlig legearbeid, dog ikke under minimumskravet om 7,5 timer.

5. Formaliserte avtaler mellom kommuner og helseforetak

Det ble innledningsvis henvist til vårt betenkingsbrev til MOD dat. 21. mai 2004. Det var spesielt på området "formaliserte avtaler" at vi tillot oss å komme med problematiserende innspill og konkrete forslag til forbedringsområder.

Fylkesmannen har merket seg at det i de årlige styringsdokumentene fra Sosial- og helsedirektoratet til kommunene og helseforetakene for 2005 er tatt inn skjærpede føringer på samarbeids- og samhandlingsområdet (rundskriv IS-1/2005 og IS-2/2005).

Enkelte tilbakemeldinger fra praksisfeltene tyder imidlertid på at skal/må-oppgavene i disse styringsdokumentene i varierende grad synes å bli etterkommet, fordi både kommuner og foretak først og fremst prioriterer å holde seg innen klart definerte juridiske myndighetskrav. Velmenende direktoratsanbefalinger viser seg derfor i mange tilfeller å ikke bli fulgt opp i praksis, så lenge de ikke har nødvendig "ryggdekning" i lovverket. Derfor blir det tvingende nødvendig at myndighetene lager juridisk forpliktende krav knyttet til tverrsektoriell samhandling for personer som er avhengige av at helsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede.

Fylkesmannen støtter utvalgets forslag om krav til formaliserte avtaler mellom foretakene og kommunene. Mange steder finnes allerede slike avtaler. Problemet viser seg ofte å være at disse avtalene blir "sovende" avtaler uten reelle konsekvenser for avtalepartene. Lovpålagt plikt til inngåelse av samarbeidsavtaler må gjøres gjeldende både for kommunene og helseforetakene, men Fylkesmannen mener at en naturlig tanke vil være å pålegge helseforetakene en utvidet plikt til at det blir tatt initiativ til slike avtaler, da foretaket må anses som pliktsubjektet i denne sammenheng.

Helseforetakene må invitere samtlige kommuner i sitt nedslagsfelt til et felles arbeid om avtaleverket, da hensikten må være at det blir en hovedavtale mellom det respektive helseforetak og tilhørende kommuner (med eventuelle henvisninger til delavtaler for spesielle pasientgrupper). Videre mener Fylkesmannen at det må stilles krav til minimuminnhold i slike avtaler. Med dette menes en beskrivelse av prosedyrer/rutiner som sikrer de viktigste prosessene i samarbeidsavtalen. Disse kan være:

1. Felles prosedyrer for iverksetting, bruk, oppdatering og evaluering av individuell plan og ansvarsgrupper.
2. Rutiner for gjensidig veiledning mellom HF og kommunene (veiledningsplikten bør gå begge veier, da kommunene besitter spesialkompetanse på "sitt" virksomhetsområde i likhet med HFet. (Ytterligere utdypet i pkt.).
3. Rutiner for gjensidige hospiteringsordninger.
4. Rutiner for felles kompetansehevingsprogrammer.
5. Prosedyrer for håndtering av uenighet eller tvil mellom forvaltningsnivåene.
6. Prosedyrer for oppdatering og evaluering av samarbeidsavtalen.
7. Prosedyrer for avvikshåndtering jf avtalen.

Fylkesmannen støtter utvalgets forslag om at avtalene vedtas av kommunestyrene og foretaksstyrene. Hovedpoenget sett fra Fylkesmannens side vil være at avtalene inneholder krav til gjensidig konsekvensutredninger.

6. Veiledningsplikten

Spesialisthelsetjenesten har i dag en lovpålagt plikt til å gi veiledning til kommunehelsetjenesten. I dag er det slik at det er helsepersonellet i helseforetakene som har denne plikten og ikke foretaket som sådan. Dette mener Fylkesmannen er uheldig. Foretaket må ha denne plikten. Dette anses som nødvendig for å sikre at veiledningsplikten blir implementert som en naturlig del av organisasjonens kvalitetssystem.

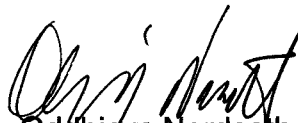
Fylkesmannen mener at utvalget burde gått lenger i sine anbefalinger på dette området. Situasjonen i dag er den at mange kommuner har fått styrket sin kompetanse på viktige områder av helsetjenesten, blant annet innen psykisk helsearbeid og kreftomsorg. Flere kommuner har gitt Fylkesmannen tilbakemeldinger om at de gjentatte ganger konstaterer, at de i veiledningssituasjoner faktisk innehar høyere kompetanse enn det som ytes fra spesialisthelsetjenesten (særlig gjelder dette innen psykisk helsearbeid). Dessuten er det kun kommunene som kan si noe om hvordan det faktisk er å behandle mennesker med sammensatte lidelser i kommunene. Følgelig bør kommunenes veiledningsplikt ovenfor helseforetaket innlemmes i kommunehelsetjenesteloven, slik den allerede er for helsepersonellet i spesialisthelsetjenesteloven.

Forvaltning, tilsyn og organisering

Fylkesmannen forutsetter at sentrale myndigheter ser sammenhengen mellom Bernt-, Aasland- og Wisløffutvalgets innstillinger, slik at organiseringen av både horisontalt nivå (innen og overfor sosial- og helsetjenesten i kommunen) og vertikalt nivå (samhandlingen mellom første- og andrelinjenivå i helsetjenesten), fremstår som helhetlig og koordinert. For fylkesmannen blir det viktig å poengtere at de statlige myndigheter må fremstå som koordinert og med *pasientenes sikkerhet* i fokus. Når det gjelder spørsmålet om tilsynsmyndighet viser Fylkesmannen til sin høringsuttalelse til Bernt-utvalget.

Fylkesmannen støtter utvalgets innstilling om at dagens hovedstruktur av helsetjenester, hvor det er et ansvarsmessig skille mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i all vesentlighet opprettholdes. Allikevel mener fylkesmannen at tiden er overmoden med tanke på behovet for større organisatoriske reformer. Dette kan ikke skje før det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon på hva ulike valg av organisering og finansiering betyr for samhandlingen. Fylkesmannen støtter at sentrale myndigheter stimulerer til forsøk med nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger som understøtter disse.

Med hilsen


Oddbjørn Nordseth
fung. fylkesmann


Marit Dypdal Kverkild
fylkeslege