

Saksprotokoll

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg
S.nr. 200506444 -141

Utvalg: Formannskapet
Møtedato: 08.06.2005
Sak: 0229/05

Resultat: Behandlet

Arkivsak: 05/19949

Tittel: "FRA STYKKEVIS TIL HELT - EN SAMMENHENGENDE
HELSETJENESTE

Behandling:

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK:

Formannskapet slutter seg til rådmannens høringsforslag.



Rita Ottervik
Ordfører



Kari Aarnes

Sakspapirer for Formannskapet

Saksnr.: Utvalg
0229/05 Formannskapet

Møtedato
08.06.2005

"FRA STYKKEVIS TIL HELT - EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE

Arkivsaknr.
05/19949

Møtedato:
08.06.2005

Møtesaksnr.
0229/05

Forslag til vedtak:

Formannskapet slutter seg til rådmannens høringsforslag.

Bakgrunn.

I oktober 2003 nedsatte regjeringen et utvalg (Wisløff-utvalget) for å utrede og foreslå tiltak for å bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjen. Utvalget leverte i januar 2005 sin innstilling, NOU 2005:3: "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste". Innstillingen er sendt ut på høring med høringsfrist 1.juni 2005.

Midt-Norge har vært representert med flere medlemmer i utvalget, bl.a. kommunaldirektør Tor Åm. Helse- og omsorgsdepartementet har i høringsbrevet bedt om synspunkter på 3 sentrale områder. Jeg har kommentert disse tre punktene relativt detaljert i saksfremlegget. Jeg har, som en orientering, lagt ved saksfremlegget en redigert og forkortet versjon av utvalgets anbefalinger.

Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingskjede som gir et helhetlig tilbud. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling.

Utvalgets forslag til tiltak kan oppsummeres til tre hovedområder:

- Behovet for økonomiske insentiver
 - Ny finansieringsordning for å understøtte samhandlingstiltak
 - Justering av takster og andre finansieringsordninger
- Styrking av pasientperspektivet
 - Økt fokus på informasjon, medvirkning og innflytelse
 - Økt fokus på helhet og behandlingsforløp
- Måltrettet organisering for bedre samhandling
 - Styrking av lederansvaret
 - Formaliserte samarbeidsavtaler og møteplasser mellom nivåene
 - Større fleksibilitet i organisering av samarbeidsløsninger

Vurderinger og kommentarer til noen områder i innstillingen.

Individuell plan.

Utvalget legger stor vekt på at de pasientene som vil ha nytte av individuell plan, skal få det. I dag er det, som nevnt, en uklar ansvarsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten hvor begge er ansvarlige for å initiere arbeidet med individuell plan. Vi kjenner til at det spesielt innenfor psykiatrien, hvor behovet for sammensatte tjenester ofte er stort, vil finnes en høy andel pasienter som ikke har individuell plan. Utvalgets forslag om at det skal være kommunehelsetjenesten som har ansvaret virker fornuftig og nødvendig for å få løftet dette arbeidet videre, forutsatt at kommunen er en av tjenesteyterne. Det er imidlertid ikke alltid tilfelle, særlig når det gjelder yrkesaktive mennesker med kroniske lidelser. Når kommunen ikke er en av tjenesteyterne, må planansvaret legges til spesialisthelsetjenesten, eller en av de andre statlige eller kommunale tjenestene, jf Bernt-utvalget NOU 2004:18, § 3-6 pkt 5 i forslag til ny lov for helse- og sosialtjenestene i kommunen.

Også presiseringen av at private tjenesteytere som fastleger og private fysioterapeuter er ansvarlige for å utarbeide individuell plan, er nødvendig og viktig. Virkemidlet her er nok en endring av helsepersonelloven, slik som utvalget foreslår.

Jeg støtter også forslaget om at plikt til medvirkning bør tas inn i lovverket som regulerer

Trondheim kommune

tjenesteyting i andre sektorer enn i helse- og sosialtjenesten.

Pasientansvarlig lege.

Utvalget har lagt stor vekt på pasientperspektivet i alt sitt arbeid. Kritikken fra publikum etter sykehusopphold dreier seg i svært stor grad om savnet av en ansvarlig lege i systemet. Pasientene er ofte kritiske til at de sjelden har sett samme legen to eller flere ganger under sykehusoppholdet. Dette går sterkt ut over informasjonsbehovet pasientene har, og som sykepleierne ikke kan dekke. Når utvalget argumenterer for sitt forslag om avvikling av den generelle plikten til å tildele pasienten en pasientansvarlig lege, så er argumentasjonen nok av praktisk art og med utgangspunkt i sykehusets påståtte problemer med å få organisert en slik tjeneste. Da er likevel enkelte sykehus faktisk praktiserer denne ordningen til pasientenes store tilfredshet. En pasientansvarlig lege ville være svaret på en rekke andre utfordringer på sykehuset som også savner gode løsninger, for eksempel problemet med dårlig koordinering og planlegging av utredningsopphold, oppfyllelsen av kravet om epikrise innen 7 døgner etc.

En gjennomføringen av ordningen, må som utvalget sier, forankres i ledelsen ved sykehuset, og ledelsen på avdelingsnivå må stå ansvarlig for den praktiske gjennomføringen.

Utvidelse av pasientombudsordningen til å også å gjelde kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Dette forslaget støttes ubetinget da de er kunstig at det bare er spesialisthelsetjenesten som i dag har en ombudordning. Trondheim kommune har i 6 år hatt et eget ombud for brukere av helse- og velferdstjenestene i kommunen, og kommunen har bare høstet positive erfaringer fra denne ordningen.

Tiltak som retter seg mot legetjenesten i kommunen.

Alle forslag om å innarbeide kvalitets- og funksjonskrav til fastlegene i avtaleverket bifalles. Utvalget blir litt for utydelig når det argumenterer for hvordan en skal styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene. Det antydes at det kan oppnås med en blanding av pålegg og incentiver, men det er bare påleggene som er beskrevet. Det er neppe grunn til å tro at en får godt samfunnsmedisinsk arbeid ut av en lege som er beordret inn i en slik stilling. Incentivene overlater en til departementet å mene noe om. Jeg vil anbefale at dette er et arbeid som må følges opp i samarbeid mellom departementet og KS.

Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring.

Utvalget foreslår at helseforetakene styrker praksiskonsulentordningen og utvider den til å omfatte flere yrkesgrupper.

Utvalget omtaler annet sted i utredningen suksessen til den danske ordningen, hvor samtlige avdelinger på samtlige sykehus i Danmark har en fastlege i 10% stillinger. I Norge fungerer sannsynligvis ordningen i Rogaland best. I Trondheim har vi 3 fastleger og 3 andre helsearbeidere fordelt på 4 avdelinger, og ordningen i Trondheim er ikke helt tilfredsstillende da det er for få leger tilknyttet ordningen. Utvalget sier i kapittel 2, side 15 at fastlegene er en spesielt viktig del av primærhelsetjenesten med et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientenes situasjon og med roller som portvakt og portåpner til det spesialiserte nivå. Det må derfor stilles krav til foretakene om å prioritere praksiskonsulentordningen slik at den virkelig kan bli et så viktig verktøy for å bedre samhandlingen slik som utvalget beskriver.

Ambulant spesialisthelsetjeneste.

Ambulant spesialisthelsetjeneste har blitt en nødvendighet innenfor områder som kreftomsorg,

Trondheim kommune

rehabilitering og psykiatri. Moderne kreftomsorg er så komplisert at det ikke kan forventes at den enkelte fastlege og hjemmesykepleier kan beherske hele feltet uten tett faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten. Det samme kan til en viss grad sies om slagbehandling og psykiatri. Sykehusene har flere steder opprettet team som følger pasienten hjem og sørger for å overbringe kompetanse til dem som skal overta behandlingen i førstelinjen. Utvalget nevner to måter dette kan skje på: ved spesialistkonsultasjoner på DMS og ved ambulante spesialistteam. I Trondheim har en nå utviklet en tredje modell hvor et psykiatriteam har deltagere fra psykiatrisk sykehus, DPS og kommunal psykiatrisk sykepleietjeneste. Ordningen er i støpeskjeen, men byr på nye spennende muligheter og utfordringer i samhandlingens ånd.

Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Det nevnes at disse institusjonene fra 2006 vil bli fullfinansiert fra de regionale helseforetakene. Det nevnes ikke noe om det til en slik fullfinansiering skal knyttes betingelser vedrørende driften. Et stort problem med dagens rehabiliteringssentra er at de reserverer seg mot å ta imot pasienter som ikke er selvhjulpne. Det blir nesten absurd all den stund mange henvises nettopp med tanke på at de skal bli selvhjulpne. Dette medfører i realiteten at kommunene blir sittende som en "svarteper" og selv må ivareta disse pasientene. Likeledes er det for mange institusjoner med identisk repertoar, men enkelte områder er udekket.

Vi støtter forslaget om utvikling av kriterier for ansvarsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og i samarbeidet mellom St.Olavs Hospital og Trondheim kommune, er vi allerede godt i gang med dette. NOU-en er imidlertid ganske generell når den kommer inn på (re)habiliteringsvirksomheten, og svak på tilrådingssiden. Utenom forslaget om kriterier er det ingen forslag på kommunalt nivå, noe som må sies å være et paradoks på bakgrunn av at kommunen anses som hovedaktøren, og at man selv påpeker at dette feltet ofte blir for lavt prioritert.

Somatisk helsetjeneste.

Sykehusene foretar fortløpende omorganiserer for å få til mer effektiv behandling og gjennomstrømning av pasienter, herunder egne enheter for planlagte operasjoner, skjernet fra operasjoner for øyeblikkelig hjelp.

Men en av problemene med norske sykehus i dag er nettopp mangelen på forutsigbarhet. Et høyt antall pasienter innlegges til såkalt planlagt kirurgi og sendes ofte ut igjen med uforrettet sak fordi avdelingen må prioritere akuttinnleggelser, eller fordi utredningen på forhånd ikke var gode nok etc. For en yrkesaktiv pasient er det meget frustrerende å måtte planlegge fravær fra jobben, ofte over flere uker, bygge seg opp mentalt til en operasjon, ta farvel med familie og venner og så reise hjem og forberede seg på en ny dato med samme praktiske og psykiske besvær. Det bør være mulig for et sykehus og for et samfunn å beslutte at "planlagt" kirurgi skal være beskyttet, og at forhåndsprosedyrene skal kvalitetssikres slik at en unngår å måtte sende pasienten hjem på grunn av plassmangel eller manglende/ ufullstendig utredning. Dette er et området som er viktig i samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og lite berørt av utvalget.

Psykisk helse

Det er stor usikkerhet om privatpraktiserende psykologer og psykiatere i dag utnyttes på den mest hensiktsmessige måten. Det er blant fastleger og mange pasienter stor misnøye med disse to yrkesgruppens manglende forpliktelser. Kommuneoverlegen i Stavanger gikk for eksempel for et år siden sterkt ut og forlangte at de privatpraktiserende psykologene nå måtte komme på banen og ta ansvar for å organisere et felles mottakk for henvendelser. Helseforetaket i Midt-Norge gjennomførte nylig en stor spørreundersøkelse blant fastlegene i regionen om deres fornøydhet med denne tjenesten, og resultatet var som forventet nedslående. Samordningen må her styrkes vesentlig.

Koordinering av henvendelser til sykehus.

Trondheim kommune

Det er i dag ingen instans på sykehuset som har ansvar for å koordinere undersøkelser og spesialistvurderinger på tvers av avdelings- eller sektorgrensene. Utvalget foreslår en løsning som går ut på å opprette et koordinerende ledd i sykehuset som har samordning av timer som eneansvar. En annen løsning kunne være å gjøre pasientansvarlig lege ansvarlig så tidlig i prosessen at vedkommende også måtte planlegge innleggelsen. Samme lege kunne også foreta den polikliniske vurderingen som ofte går forut for innleggelsen.

Som det påpekes i kap 7.2 er både kommuner og spesialisthelsetjenesten pålagt å ha en koordinerende enhet for (re)habilitering, men det er per i dag ingen lov som pålegger organisasjonene å etablere en slik funksjon for de øvrige tilfellene hvor det foreligger behov for koordinering. En løsning på dette – som Trondheim kommune har lagt seg på (forvaltningskontorene) – er å gi den koordinerende enheten et utvidet ansvar for all tjenesteyting med behov for koordinering, og i den sammenheng vektlegge rehabilitering som en strategi i dette arbeidet.

Økonomi og organisatoriske rammebetingelser.

Forslaget om den såkalte samhandlingsmilliarden støttes og vilkårene og mulighetene i forhold til å benytte midlene synes å være hensiktsmessige:

Utvalget foreslår å stille krav om formalisert avtale mellom kommune og foretak som en nødvendig betingelse for utløsning av midlene.

Utvalget foreslår at de øremerkede midlene benyttes som delfinansiering av samarbeidsprosjekter, og at de også kan benyttes som delfinansiering av løpende drift.

Utvalget vil foreslå at de øremerkede tilskuddet kan dekke 1/3 av driftskostnadene til slike enheter, og at resten fordeles mellom de to avtalepartene.

Disse forslagene passer godt med de forsøk Trondheim kommune og St.Olavs Hospital har gjort med egen intermedieravdeling på Søbstad og en hospice-enhet på Havstein.

Konklusjon.

NOU 2005:3 er et viktig og godt dokument som gir en rekke konkrete anbefalinger som vil kunne gi en bedre samhandling i helsetjenesten. For at anbefalingene skal kunne gjennomføres, må det på plass flere lovendringer som forplikter både foretak, kommuner og den enkelte helsearbeider i langt større grad enn i dagens lovgivning. I tillegg må det avsettes nødvendige økonomiske virkemidler slik at tiltakene kan iverksettes i praksis

Rådmannen i Trondheim, 30.05.2005


Tor Åm
kommunaldirektør


Helge Garås
kommuneoverlege

Vedlegg

Et redigert uttrekk av de viktigste anbefalingene i NOU 2005:3.

Hovedpunktene er her listet opp med utvalgets anbefalinger i kursiv.

1. Tiltak for å styrke pasientperspektivet i helsetjenesten.

I tillegg til den enkeltes rett til medvirkning, er det nødvendig å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning. Det betyr å anerkjenne pasient- og brukerorganisasjonenes rett til å oppnevne sine egne representanter som kan delta i arbeidet med å utvikle tjenesteyting og tilbud.

Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i Lov om kommunehelsetjeneste, og at arbeidet med å finne egnede fora for kollektiv brukermedvirkning i kommunene igangsettes.

Utvalget anser det som avgjørende at slike formaliserte brukermedvirkningsfora forankres i ledelsen, og at det avsettes ressurser i administrasjonen som kan ivareta sekretær- og saksbehandlingsfunksjoner.

Utvalget foreslår at det innføres en ny bestemmelse i Lov om kommunehelsetjeneste om at representanter for brukere og pasienter skal ha rett til å bli hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer, jfr kommunehelsetjenestens § 1-4.

2. Individuell plan

Utvalgets vurdering er at individuell plan (IP) er et godt verktøy for å fremme samhandling i helsetjenesten, både mellom helsetjenestens ulike aktører og mellom tjenesteutøvere og pasient. Utvalget viser imidlertid til den betydelige variasjon i hvor mange som får individuell plan (IP).

Utvalget foreslår at det iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov..

Pasienten har krav på én IP etter helse- og sosiallovgivningen. I en helsetjeneste som er delt mellom to forvaltningsnivå vil det ikke være selvsagt hvem som har ansvaret for at pasientene får utarbeidet planen. Selv om utarbeidelsen og oppfølgingen krever god samhandling mellom flere parter må det formelle ansvaret for utarbeidelsen legges tydelig til en instans. Utvalget mener kommunen v/kommunens helse- og sosialtjeneste skal være pliktsubjekt når det gjelder plikten til å utarbeide IP.

Utvalget foreslår at kommunen v/kommunens helse- og sosialtjeneste skal være pliktsubjekt når det gjelder plikten til å utarbeide individuell plan..

Utvalget foreslår at plikten til å delta i arbeidet med individuell plan tas inn i helsepersonelloven og i regelverket som regulerer virksomheten til andre kommunale, fylkeskommunale, statlige og private etater/virksomheter.

I det individuelle planarbeidet vil det være nødvendig at én person tar et særlig ansvar for at det skjer en samordning, og at det er framdrift i arbeid med planen. Hvem som skal ha dette ansvaret må vurderes i forhold til hva som er hensiktsmessig i det enkelte tilfelle. Den planansvarlige skal påse at planen til enhver tid er faglig forsvarlig, oppdatert og tilpasset tjenestemottakerens behov og situasjon, se utkastet § 3-6. Tjenestemottakeren og hans eller hennes pårørende skal kunne

Trondheim kommune

henvende seg til planansvarlig i alle saker som angår tilbudet til vedkommende.”

Utvalget foreslår at ansvar og oppgaver som ligger til koordinatorfunksjonen utvides fra kun å være et ansvar for koordinering og framdrift i arbeidet med planen til å bli et personlig oppfølgingsansvar for at alle bidragsytere følger opp den ferdige planens formål og tiltak på en tilfredsstillende måte, jf forslaget om å lovfeste plikten til å utpeke en planansvarlig i NOU 2004:18.

Dette innebærer altså en utvidelse av dagens koordinatorfunksjon til å være pasientens kontaktperson også i forhold til de andre tjenesteyternes utførelse av sine oppgaver, herunder sikre framdrift i arbeidet og bidra som megler ved eventuelle problemer og misnøye

Det er viktig at alt helsepersonell vet at de skal medvirke til oppstart og evt. deltakelse i arbeidet med IP for en del av sine pasienter. Foreløpige erfaringer tyder på at legene, både fastleger og sykehusleger, i liten grad har deltatt i arbeidet med individuelle planer.

Utvalget foreslår at kommunene stiller krav i fastlegens avtaler, som sikrer deres medvirkning i utarbeidningen av IP. Utvalget foreslår videre at fastlegens plikt til deltakelse i individuell plan tas inn i forskriften om fastlegeordningen.

3. Pasientansvarlig lege

Ordningen med pasientansvarlig lege tar utgangspunkt i at det er behov for koordinering av tjenester internt i sykehus og er et tiltak som understøtter pasientperspektivet i tjenestene. Spesielt er dette viktig for samhandlingskrevende pasienter. Utvalgets vurdering er imidlertid at ordningen i større grad må målrettes mot de pasientgruppene som trenger dette mest. Etter utvalgets vurdering er det heller ikke behov for en slik ordning for alle pasienter. En pasientansvarlig lege er først og fremst nødvendig for pasienter som har behov for mange undersøkelser og flere spesialistvurderinger under samme sykehusopphold.

Utvalget foreslår at dagens ordning med pasientansvarlig lege tas ut som generell ordning og avgrenses til å gjelde pasienter med sammensatte behov for spesialisthelsetjenester.

4. Styrking av pasientopplæring og informasjon

Et tiltak vil være styrking av pasientenes rett til opplæring med sikte på bedre mestring av deres situasjon. Utvalget mener at retten til pasientopplæring må forankres som en individuell rettighet i Pasientrettighetsloven. I tillegg til bestemmelsen om rett til informasjon, mener utvalget at mennesker som har en langvarig og kronisk sykdom må sikres pasientopplæring i de tilfeller dette kan bidra til økt selvstendighet og funksjonsevne.

Utvalget foreslår at det innføres en bestemmelse i Pasientrettighetsloven som sikrer at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom gis tilbud om pasientopplæring, dersom dette kan bidra til å øke eller opprettholde selvstendighet og funksjonsevne.

Utvalget mener lærings- og mestringssentra fungerer som en god modell for samarbeid med brukerorganisasjoner og helsepersonell om ulike læringstilbud for personer som har kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse. Denne type tiltak styrker pasientenes innflytelse på behandlingssituasjonen og fremmer samhandlingen mellom pasient og behandler. En naturlig følge

Trondheim kommune

av økt oppmerksomhet rundt samhandling, vil være å utvikle lærings- og mestringssentraene som viktig samhandlingsarena for god pasientopplæring for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Utvalget foreslår at det bygges videre på modellen med lærings og mestringssentra som et opplæringstilbud til personer som har kronisk sykdom/funksjonshemming og videreutvikles som en viktig møteplass for brukerorganisasjoner og helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Utvalget mener det må arbeides med å bringe lærings- og mestringskompetansen inn i det kommunale tilbudet og at dette må gis en mer robust finansiering.. Det bør settes av utviklingsmidler som kan stimulere til økt innsats i kommunehelsetjenesten, eventuelt at slikt arbeid kan skje i et interkommunalt samarbeid.

Pasientene har rett på god informasjon. Utvalgets vurdering er at det her ligger et uutnyttet potensialet for bedre samhandling. God informasjon må være tilgjengelig for pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Det foreligger stadig mer tilrettelagt informasjon på internett og innenfor mange behandlingsområder finnes godt informasjonsmateriell beregnet på pasienter. De pasientgruppene som utvalget har hatt oppmerksomhet på trenger imidlertid også andre informasjonstiltak. Ofte er det for disse pasientgruppene informasjonen svikter mest.

Utvalget mener at helsetjenesten må tilrettelegge pasientinformasjon med større oppmerksomhet på de pasientgruppene som ikke selv aktivt søker informasjon. I dette arbeidet kan det i langt større grad gjøres nytte av brukerorganisasjonene. Pårørende er også en viktig ressurs i denne sammenhengen.

5. Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten

Utvalget foreslår at dagens ordning med pasientombud utvides til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og tjenester etter sosialtjenesteloven.

Helsetilsynets virksomhet er særskilt viktig for å sikre at samhandlingsperspektivet blir ivarettatt. Mange tilsynsrapporter har nettopp oppmerksomheten på mulig svikt i samhandlingen. Utvalget har merket seg at Aasland-utvalget (NOU 2004: 17) ønsker å overføre tilsynet med kommunenes helsetjenester til Fylkesmannen. Utvalgets vurdering er at en slik overføring i praksis vil føre til et todelt tilsynsansvar og at samhandlingsperspektivet som en konsekvens vil bli dårligere ivarettatt.

Utvalget mener at hensynet til samhandlingsproblemene i helsetjenesten tilsier en samlet organisering av tilsyn med helsetjenesten.

6. Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen

Ved inngåelse av individuelle fastleggeavtaler har kommunen anledning til å stille som vilkår at fastlegene deltar i det allmennmedisinske offentlige legearbeidet. Denne påleggsmuligheten er begrenset oppad til 7,5 timer per uke. En av de største svakhetene ved dagens ordning er at det ligger så store begrensninger på hva de 7,5 timene kan brukes til. Etter utvalgets oppfatning burde kommunen kunne disponere disse timene til det kommunen selv definerer som viktig offentlig legearbeid..

Utvalget anbefaler at kommunen selv kan definere innholdet i de 7,5 timene de etter avtalen kan pålegge fastlegene å arbeide med offentlig legearbeid.

Utvalget vil også rette søkelyset mot den manglende helhet som preger legetjenesten i sykehjem. Det kan synes som fastlegereformen har bidratt til en oppsplitting ved at legetjenesten nå er delt mellom mange fastleger som hver har relativt små stillingsbrøker. Større helhet vil etter utvalgets oppfatning bidra til en kvalitetsforbedring av tjenesten. Per i dag har kommunene stort sett basert seg på frivillige avtaler med fastlegene om ukentlig deltagelse med mer enn 7,5 timer offentlig legearbeid. I dag er kriteriene for hva som er en fastlegehjemmel fastsatt i avtaleverket. Så fremt ikke legen selv ber om en bestemt listelengde må det i hvert enkelt tilfelle forhandles med legen om avtaler. Utvalget mener at det i avtaleverket må åpnes for at kommunene kan opprette ulike lengder på fastlegehjemler fra for eksempel, 20% (300 pasienter) til 100% (1500 pasienter).

Utvalget foreslår at avtaleverket gjør det mulig å opprette ulike lengder på fastlegehjemmel.

Utvalget foreslår at det for å sikre en bedre legetjeneste til personer med store og sammensatte behov stilles tydeligere krav i kommunenes avtaler med fastlegene.

Avlønningsordningen av fastlegene er blant annet begrunnet med at denne via per capita tilskuddet bidrar til at legen tar ansvar for en bestemt pasientpopulasjon, og at den via stykkpris komponenten (honorartakstene) bidrar til at legen yter personene på lista tjenester. I så måte kan en si at en har virkemidler til rådighet som kan bidra til å gi målrettede legetjenester til bestemte grupper av pasienter på en god måte.

Utvalget vil imidlertid foreslå en dreining i retning av mindre vektlegging av stykkpris og større vektlegging av basisfinansiering i form av et driftstilskudd. Ved utforming av en slik ordning er det en forutsetning at driftstilskuddet graderes og utbetales med utgangspunkt i det antallet kurative arbeidsdager fastlegen har avtale om.

Utvalget anbefaler at partene (dvs Staten og Legeforeningen) gjennom de neste forhandlingene tilstreber en dreining av finansieringsordningen i retning av mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre uttelling på takster og egenandeler. Utvalget vil antyde at man på noe sikt bør nærme seg en lik fordeling mellom stykkpris og basistilskudd. Da kan basistilskuddet deles i en per capita komponent og en fastlønnskomponent som avhenger av fastlegens kurative arbeidsdager i kommune.

Utvalget foreslår at listetilskuddet gjøres avhengig av alderssammensetning.

Utvalget foreslår at fastlegen ikke skal motta per capita tilskudd for personer på lista som er innlagt i sykehjem.

Utvalget anbefaler at partene (dvs Staten og Legeforeningen) i takstsystemet må legge til grunn pasienter med store og sammensatte behov, og innrette takstene slik at disse pasientene ivaretas.

I de sentrale legeavtalene er det per i dag ikke fokus på hva som anses som god kvalitet av allmennlegetjenester og det stilles ingen krav til standarder innenfor ulike områder. Utvalget finner dette uheldig og vil peke på de mulighetene til kvalitetsutvikling og kvalitetskontroll som ligger i en fastlegeorganisert legetjeneste kombinert med at fastlegene har elektroniske journalsystemer. Det er viktig at det ved standarder og indikatorer settes krav til innholdet i de tjenester fastlegen yter, og at legen for å ha en avtale med kommunen må innfri fastsatte krav. Vi vil spesielt fokusere på viktigheten av å utvikle indikatorer som bidrar til at pasienter med store og sammensatte behov

Trondheim kommune

sikres kvalitativt gode tjenester fra fastlegen.

Utvalget foreslår at det i de sentrale legeavtalene inkluderes standarder og kvalitetskrav.

7. Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

Utvalget mener det bør være en gjensidig forpliktelse for både kommuner og foretak å inngå slike avtaler. Utvalget foreslår at kravet til avtale skal inngå som en del av kommunens virksomhetskrav etter loven. Foretakene kan gjennom styringsdokumentet pålegges tilsvarende krav.

Utvalget foreslår å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå mer helhetlig pasientbehandling.

Det er viktig at avtalen forankrer samhandlingen på øverste ledelsesnivå. Det øverste ansvaret for samhandling ligger hos ledelsen av virksomhetene og det bør etter utvalgets oppfatning ligge til grunn når avtaler om samarbeid skal vedtas.

Utvalget foreslår at avtalen skal behandles av kommunestyret selv og av foretaksstyret selv. Avtalene må blant annet inneholde krav til gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene. Avtalene må som et minimum revideres hvert fjerde år.

8. Tiltak for å styrke rehabiliteringstjenesten

Utvalget har vist til at det ikke finnes klare kriterier for ansvarsdeling av rehabiliteringstjenestene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Selv om totalansvaret ligger i kommunen er det ofte spesialisthelsetjenesten som definerer hvor deres ansvar slutter og når kommunen må ta over.

Når finansiering og drift av opptreningsinstitusjonene etter departementets bestemmelse blir en del av spesialisthelsetjenesten kan dette skape ny usikkerhet i grenseoppgangen mellom de to nivåene slik utvalget har redegjort for i et foregående kapittel. Utvalget viser til at målet med denne omlegging er å utvikle disse institusjonene slik at tjenester som er mangelfullt utbygget kan styrkes og bli en del av en helhetlig rehabiliteringstjeneste til befolkningen.

Utvalget anbefaler at omleggingen av institusjonene får noen sentrale føringer:

- *Institusjonene underlegges de samme prinsipper og retningslinjer for kvalitet og prioritering som helseforetakene.*
- *Institusjonene skal være et supplement til, men skal ikke erstatte rehabiliterings-, opptrenings- og etterbehandlingstilbudene i sykehus og i kommunehelsetjenesten.*
- *De nye avtalene må gi grunnlag for en kvalitativt bedre tjeneste, riktigere prioriteringer og en mer helhetlig behandlingskjede.*
- *Avtalene må understøtte arbeidet for en bedre koordinert rehabiliteringstjeneste med god samhandling.*

Det vises for øvrig til tilrådninger på kap. 10.4 om utvikling av nye finansieringsordninger for blant annet rehabilitering.

9. En adresse for samhandling i kommunene og foretakene

Det er behov for at både foretak og kommuner organiserer sine tjenester slik at tjenesteytere finner lett frem til nødvendige samhandlingspartnere. Dette må ikke føre til organisering av unødvendig

Trondheim kommune

ekstra ledd som forsinker samhandlingen, men fungerer som en adresse for de henvendelsene som ikke naturlig finner veien direkte mellom aktørene.

For å bedre samhandlingen vil det derfor være nødvendig at både kommuner og foretak oppretter én klar adresse for henvendelser mellom tjenesteyterne om samhandlingsbehov. Hvordan dette organiseres må være opp til den enkelte kommune og foretak.

Utvalget foreslår at både kommuner og foretak skal pålegges å opprette én klar adresse som veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne.

10. Krav til ledelse og oppfølging

Utvalget har merket seg at flere av de tiltakene som i de senere årene er etablert for å ivareta helhetlig oppfølging av pasientene ikke er fulgt opp. Utvalget mener at det er en alvorlig situasjon at myndighetskrav ikke følges opp, og vil særlig peke på pasientens rett til individuell plan, retten til pasientansvarlig lege, spesialisthelsetjenestens plikt til veiledning og krav om rask tilbakemelding gjennom epikrisen.

Utvalget foreslår at det stilles krav til resultater på samhandlingsområdet på alle nivå.

11. Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling

Det er utvalgets vurdering at det pr i dag ikke er de teknologiske barrierer som er hovedutfordringen i forhold til god informasjonsflyt. Derimot mener utvalget at det må rettes mer oppmerksomhet på de organisatoriske og juridiske forhold i realiseringen av elektronisk samarbeid. En rekke samhandlingsaktiviteter hindres av at denne juridiske problemstillingen ikke er avklart.

Utvalget foreslår at det gjøres en raskest mulig avklaring i forhold til eksisterende lovgivning i forhold til hvordan informasjon i dag kan deles mellom tjenesteytere. Utvalget mener det i denne avklaringen må tas tilbørlig hensyn til samhandlingsbehovet.

12. Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Det er behov for mer forskning på de behandlingsområdene som er samhandlingsskrevende, rus, psykisk helsevern etc. Det er også behov for forskning på metoder for samhandling. Det er for lite kunnskap om hva som er virksom samhandling, og hvordan den kan bli mer effektiv og nyttig.

Utvalget foreslår at det prioriteres mer ressurser på forskning innenfor de pasientgruppene som er samhandlingsskrevende. Videre foreslår utvalget at det satses på forskning på metoder for samhandling.

Samhandling krever både god kunnskap til eget fag og kunnskap om behov for samhandling. Introduksjonen til arbeidsplassen er en viktig anledning også for introduksjon til samhandlingsoppgaven. Men samhandling som tema må også innarbeides systematisk i det samlede utdanningssystem.

Utvalget foreslår at samhandling skal være en del av grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen for alle grupper helsepersonell.

Helsepersonell i ulike deler av tjenesten har mye å lære av hverandre, og hospitering er en teknikk som forbedrer relasjoner og skaper felles holdninger..

Utvalget foreslår at kommuner og foretak etablerer gjensidige hospiteringsordninger.

Praksiskonsulentordningen har som oppgave å bedre samhandlingen mellom sykehusavdelinger og kommunehelsetjenesten og bidra til læring på begge nivåene. Utvalget har merket seg at brukere av praksiskonsulentordningen har vært fornøyd med ordningen. Ordningen har imidlertid begrenset omfang i dag. Det kan derfor være ytterligere behov for informasjon om ordningen. Utvalgets vurdering er at kommuner og foretak bør fortsette å prøve ut ordningen.

Utvalget foreslår at helseforetakene utvider praksiskonsulentordningen til å omfatte flere yrkesgrupper og bruker dette som tema i utarbeidelsen av samarbeidsavtalene .

13. Veiledningsplikten

Utvalget mener at gjeldende lovbestemmelse er uklar og lite hensiktsmessig. Etter utvalgets syn må det ikke være tvil om at veiledningsplikten er todelt i den forstand at den både gjelder generell veiledning og veiledning knyttet til enkeltpasienter. En pliktbestemmelse som påhviler personalet og ikke selve virksomheten har i tillegg klare begrensninger. Det må i lovbestemmelsen tas utgangspunkt i at den enkelte virksomhet må tilrettelegge for at veiledning skal være en viktig oppgave.

Utvalget foreslår at lovbestemmelsen som pålegger spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten gjøres til en gjensidig plikt mellom tjenestenivåene. Videre at lovbestemmelsen endres slik at virksomheten er pliktsubjektet og ikke det enkelte helsepersonell.

Lovbestemmelsen må også presiseres slik at det tydelig framgår at plikten er en todelt oppgave, både veiledning i forhold til enkeltpasienter og generelle veiledningstiltak som kommer større grupper av pasienter til gode.

14. Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter

Stort fokus på lovpålagte tjenester og krav om effektiv drift fører lett til at de ulike deler av helsetjenestene prioriterer sine egne kjerneoppgaver på bekostning av tjenester i gråsonen mellom tjenestenivåene. I en slik situasjon kan etableringen av felles organisatoriske enheter være en aktuell løsning for å styrke samhandlingen i tjenestene og rette oppmerksomheten på viktige oppgaver i gråsonen.

Utvalget har vurdert to ulike behov;

1. Behovet for å etablere interkommunale selskap som både utfører og tildeler tjenester for kommunene
2. Behovet for å etablere "sameie" mellom kommuner og foretak som både utfører og tildeler tjenester fra begge forvaltningsnivå.

Interkommunale selskap

Det er i dag full anledning til å etablere interkommunale selskaper innen helsetjenesten. Slike selskap har imidlertid ikke myndighet til å tildele tjenester til innbyggerne i de deltakende kommuner. Utvalget foreslår å åpne for at kommunene skal kunne etablere interkommunale

Trondheim kommune

virksomheter som i tillegg til å utføre tjenester også gis myndighet til å tildele tjenester til innbyggerne i alle deltagende kommuner.

Utvalget foreslår at det skal åpnes for at et interkommunalt organ kan tildele kommunale helse- og sosialtjenester til innbyggerne i kommunen.

Utvalget presiserer at selv om myndighetsutførelsen blir overført til et interkommunalt organ, blir ansvaret for tjenesten ("sørge for" ansvaret) liggende i kommunen. En interkommunal organisering av tjenestene skal ikke gi adgang til å begrense brukerens rettigheter til tjenester.

15. Forsøk med nye organisasjoner

Sameie mellom kommuner og foretak.

Utvalget mener en utførerenhet i felles eie som yter både første- og andrelinjetjenester under samme tak, kan være en organisasjonsform som bidrar til å redusere de negative virkningene av dagens todelte ansvar for helsetjenester. Utvalget mener at etableringen av et tjenestetilbud som tjenestetilbud vil kunne gi nyttig kunnskap om hvilke fordeler en slik organisering kan gi.

Utvalget foreslår derfor at det åpnes for at kommuner og foretak skal kunne eie utførerenhetene i helsetjenesten sammen som forsøk.

Utvalget presiserer at ansvaret for tjenestene må bli liggende i det opprinnelige forvaltningsnivået selv om selve utførelsen av tjenestene ytes av et selskap i felles eie. Kommunene er således ansvarlig å sørge for kommunale tjenestene til innbyggerne, mens foretaket beholder ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester. Hva som er første- eller andrelinjetjeneste i et enkelt tilfelle kan imidlertid være vanskelig å definere. For å unngå ansvarsfraskrivelser eller problemer i forhold til arbeidsgiveransvar, erstatning m.m., foreslår utvalget at felleseiene blir utformet som selvstendige rettssubjekt, f.eks. som et selskap, hvor partene er solidarisk ansvarlig for tjenestene utad og med et nærmere avtalt pro-rata ansvar seg imellom.

Utvalget foreslår også å åpne for forsøk med organisasjonsmodeller hvor kommunen og foretakene overfører eier- og myndighetsutøvelse til et eget organ.

Forsøk med etablering av ett ansvarspunkt for hele helsetjenesten

Et helhetlig ansvar for helsetjenesten er forsøkt i ulike varianter i andre land¹. Erfaringene er ulike og avhengig av hvordan systemet innrettes. Det er ikke mulig å overføre all erfaring med slike til norske forhold, men utvalget mener en samling av ansvaret for all helsetjenesten på ett nivå vil kunne gi nyttig kunnskap om hva dette betyr blant annet for samhandling mellom tjenestene. Ansvar for drift av de enkelte institusjonene bør ikke berøres i et slikt forsøk, men ansvaret for å "sørge for" tjenester kan flyttes fra de regionale helseforetak til utvalgte kommuner. Forsøk med overføring av ansvar for spesialisthelsetjenester fra foretak til kommuner vil være mest hensiktsmessig i byer av en viss størrelse. Kommunene vil i et slikt forsøk få overført pengene de regionale helseforetakene får for å yte spesialisthelsetjenester og kommunene må avtale med foretak og institusjoner hvordan tjenester skal ytes og i hvilket omfang.

Slike forsøk kan gi grunnlag for at tjenestene organiseres mer helhetlig til tjenestemottakeren. På lenger sikt vil slike forsøk kunne danne grunnlag for en evaluering av dagens hovedstruktur og ansvarsfordeling mellom tjenestenivåene.

¹ Jfr den engelske helsereformen i 1990 og senere justeringer.

Trondheim kommune

Utvalget foreslår at forsøksordningen initieres fra sentrale myndigheter og at det søkes kommuner som er motivert for å være med på et slikt forsøk.

Utvalget vil foreslå at kommuner gjennom forsøksordninger kan overta det ansvar som staten via de regionale helseforetakene har for spesialisthelsetjenesten til å sørge for helsetjenester til sin befolkning.

16. Lokal forankring av spesialisthelsetjenesten

Samhandlingen før sykehusreformen var et hovedansvar for kommuner og fylkeskommuner. Samarbeidsavtalene, som blant annet omhandlet ferdigbehandlede pasienter, ble gjerne utformet etter forhandlinger mellom KS sine fylkesavdelinger og fylkeskommunene i samme fylke. Enkelte av disse avtalene løper fortsatt. Foretaksstrukturen følger nå i langt mindre grad fylkesgrensene og det innebærer at kommunene ikke lenger har noe felles organ som er geografisk parallelt med foretaket. Lokalsykehusområdene er oftest bare deler av et fylke. Med den vekt som det forutsettes lagt på avtaler som skal inngås mellom kommuner og foretak, er det viktig at kommunenes interesser kan samordnes. Dette vil også gi en mulighet for lokalpolitisk forankring av spesialisthelsetjenesten.

Utvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet drøfter opplegget med et landsdekkende avtalesystem med KS. Fremdrift og organiseringen av det videre arbeid med avtaleinngåelse fastlegges i en nasjonal avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.

17. Generelt om økonomiske virkemidler

Ordningene må tilpasses lokalt

Stortinget bestemmer de nasjonale ordninger for finansiering. Kommuner og helseforetak har imidlertid stor frihet til selv å bestemme utforming av finansieringsordninger til sine virksomheter. De økonomiske virkemidlene kan derfor også tilpasses til lokale og regionale behov, herunder for å understøtte god samhandling. Det er ikke tilfeldig at beslutningsmyndigheten og kontrollen av finansiering som virkemiddel er lagt til lokalt nivå for tjenestene. Lokale hensyn og nærhet til tjenestene kan gjøre bruken mer treffsikker enn det som er mulig gjennom de grove nasjonale refusjonssystemene. Behovet for lokal bruk og tilpasning må skje parallelt med at det på sentralt nivå arbeides mot at de nasjonale ordningene skal bli mer treffsikre og dekkende også for samhandlingsaktiviteter.

Utvalget mener de regionale helseforetak og kommuner i større grad kan understøtte samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger. Gjennom en mer aktiv bruk av finansiering som lokalt virkemiddel vil også det lokale prioriteringsansvaret bli tydelig.

Både foretak og kommuner er i hovedsak rammefinansiert. Det gir mulighet for å bruke en del av rammen til å kompensere for mangler ved stykkprisfinansieringsordningene eller finansiere særskilte samhandlingsfremmende tiltak. Utvalget vil her f.eks. peke på muligheten til å finansiere ambulante team

18. Forslag til endringer i takst- og refusjonssystemet

Legemidler og finansiering

Utvalget har vurdert om den ulike finansieringen av legemidler i og utenfor institusjon bør endres. Det er derfor vurdert hvorvidt det er fornuftig å innføre en generell finansiering av legemidler i institusjon gjennom folketrygden. En slik omlegging vil ha flere uheldige sider. Likevel er uvalgets

Trondheim kommune

vurdering at det er grunn for å innføre en særskilt ordning for legemidler for kreftpasienter. Disse medikamentene er svært kostbare og berører en stadig større pasientgruppe. Konsekvensene av dagens finansieringsordninger på dette området er slik at et hensiktsmessig tilbud for disse pasientene kan bli skadelidende.

Utvalget foreslår at det innføres en særordning med at trygden betaler for nødvendige medisinnutgifter til pasienter som er avhengige av cellegiftbehandling i sykehjem på lik linje med omsorgsboliger og behandling i hjemmet.

Interkommunale legevaktsamarbeidsordninger

Interkommunale legevaktsordninger gir etter utvalgets vurdering gode resultater for pasientene i form av god kvalitet og god tilgjengelighet på tjenestene. Samtidig bidrar ordningen til å redusere vaktbelastningen for leger og derigjennom lette rekrutteringen av leger til små kommuner og utkantstrøk.

Det er viktig at interkommunale legevaktsordninger videreføres og styrkes der hvor geografien tilsier slike løsninger. Utvalget vil også anbefale bruk av samarbeidsmodeller med sykehusenes akuttmottak der hvor forholdene ligger til rette for dette. Imidlertid vurderer utvalget at det er nødvendig med en ordning som snarest mulig uansett gjør det økonomisk interessant for partene å etablere interkommunale legevaktsamarbeid.

Utvalget foreslår at det etableres en ordning med statlig finansiering i form av refusjoner for tilstedevaktene i interkommunale legevakter.

19. Et øremerket tilskudd til samhandling

Utvalget foreslår derfor et øremerket tilskudd til samhandling som kan brukes som delfinansiering i en overgangsperiode for å få i gang aktiviteter. Tilskuddet må være av en størrelsesorden som står i forhold til de betydelige utfordringene utvalget har synliggjort, og foreslår derfor 1 mrd kroner som øremerket tilskudd. Dette representerer i underkant av 1 prosent av samlet ressursbruk i helsetjenesten.

Utvalget foreslår at det opprettes et øremerket tilskudd på 1 milliard kroner til samhandlingstiltak felles mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En ordning med øremerket tilskudd må innrettes som et økonomisk insentiv til å fremme samhandling i helsetjenesten. Ordningen må stimulere til gode tiltak lokalt og legge minst mulig føringer på innholdet i samhandlingen. I dag har flere kommuner og helseforetak allerede har inngått avtaler om samarbeid, både i form av generelle overordnede avtaler og i form av spesifikke avtaler om enkeltpasienter eller enkelt tiltak. Felles for disse er at partene har erkjent at tilbud må utformes i fellesskap, og at pasientene er et felles ansvar. Langt fra alle kommuner og foretak har imidlertid inngått slik avtale.

Utvalget foreslår å stille krav om formalisert avtale mellom kommune og foretak som en nødvendig betingelse for utløsning av midlene.

Utvalget foreslår at de øremerkede midlene benyttes som delfinansiering av samarbeidsprosjekter, og at de også kan benyttes som delfinansiering av løpende drift.

Utvalget vil foreslå at de øremerkede tilskuddet kan dekke 1/3 av driftskostnadene til slike enheter, og at resten fordeles mellom de to avtalepartene.

Utvalget har med dette forslaget bevisst introdusert en "avtalebasert finansieringsform". Kravet om samarbeidsavtale for de tiltakene som skal finansieres vil sikre at midlene ikke kan benyttes til

Trondheim kommune

andre forhold. Kommunene vil være avhengig av en undertegnet avtale med helseforetaket før pengene utløses. Dette gir helseforetaket en forhandlingsposisjon i disponeringen av midlene. Utvalget mener en på denne måten vil stimulere til helhetstenkning i behandlingskjeden.

Utvalget foreslår at tilskuddet til samhandling kanaliseres via kommunene, og øremerkes tiltak som kommuner og foretak i fellesskap har interesse av å etablere.