



Oslo kommune
Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet
postboks 8011 Dep.
0030 Oslo

Dato: 09.06.2005

Deres ref:
200500444

Vår ref (saksnr):
200501576-21

Saksbeh:
Marie Anbjørg Joten, 23461963

Arkivkode:
202

**NOU 2005:3 "FRA STYKKEVIS TIL HELT – EN SAMMENHENGENDE
HELSETJENESTE"- HØRING**

Det vises til høringsbrev av 01.03.2005 angående tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenestene mellom første- og andrelinjetjenesten.

Byråden avgir i henhold til delegert myndighet følgende høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste":

Store pasientgrupper er avhengige av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende tiltakskjede der det blir gitt et helhetlig tilbud. Dårlig samhandling mellom behandlingsnivåene kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt eldre med sammensatte lidelser, kronisk syke, kreftpasienter, terminalt syke, funksjonshemmede, rusmiddelmissbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil kunne dra store fordeler av en bedre samhandling. Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte pasientene som har størst behov for å bli møtt av en helhet i tiltakskjeden. En sammenhengende tiltakskjede er en nødvendig kvalitet når det gjelder både behandling, pleie og rehabilitering av den enkelte.

Pasientene med de mest sammensatte problemene, bl.a. pasienter med både et alvorlig rusproblem og som er psykisk syke, vil bevege seg mellom å være klient i kommunenes sosialtjenester og pasient i kommunenes helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. For noen vil en veksling i status mellom klient og pasient være hele livet, og mange vil være både klient i førstelinjetjenesten og pasient i andrelinjetjenesten samtidig. En god samhandling mellom kommunenes helse og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten vil være av avgjørende betydning for disse pasientene.

Høringsuttalelsen nevner rusmisbrukere som én av seks grupper der samhandlingsutfordringene er spesielt store. Ved Rusreformen ble avrusning og behandling av rusmiddelmissbrukere lagt til spesialisthelsetjenesten og kommunenes sosialtjenester ble innsøkende innstans til

Byrådsavdeling for velferd og
sosiale tjenester
Prosjekt sykehjemsutredning

Postadresse:
Rådhuset, 0037 Oslo
E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no

Telefon: 23 46 16 00
Telefaks:

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg
S.nr. 200500444 - 149

spesialisthelsetjenestene, herunder også til legemiddelassistert rehabilitering. Tiltross for dette er samhandlingen mellom kommunens sosialtjeneste og spesialisthelsetjeneste er ikke berørt i høringsuttalelsen. Oslo kommune ser på dette som en svakhet ved utredningen.

1. Økonomiske og organisasjoniske rammebetingelser

Etablering av felles organisatoriske enheter og forsøk på nye organisasjoner

Mange pasienter trenger omfattende pleie, omsorg og tilsyn og er for hjelpetrequende til å bo hjemme den første tiden etter sykehusoppholdet. Det vil ofte være behov for fortsatt medisinsk behandling med kontinuerlig sykepleiefaglig observasjon. Det kan i mange tilfeller være behov for overgangstilbud mellom sykehus og egen bolig, en såkalt halvannenlinjetjeneste.

Det er nødvendig å utrede tilrettelegging av et slik halvannenlinjetjenestetilbud eller intermediærenheter i Oslo. Spesialisthelsetjenesten vil ved denne tjenesten være ansvarlig for utredning, diagnostisering, behandling og rehabilitering i en tidlig fase. Intermediærenhetene i kommunen viderefører eventuelt deretter pleie-, behandling og rehabilitering for de pasientene som forventes utskrevet til eget hjem. Ved etablering av felles organisatoriske enheter er det helt nødvendig at det økonomiske ansvar for den enkelte bruker avklares, og at det inngås forpliktende avtaler hvor ansvarsforhold og økonomisk ansvar er beskrevet. Det foreligger gode eksempler på interkommunalt samarbeid. Erfaringer viser imidlertid at det er ved små og begrensede ansvarsområder at et slikt samarbeid fungerer best. En slik tjeneste vil derfor stille særskilte krav til de avtaler som inngås mellom tjenesten, kommunens bestillerfunksjoner og sykehusene.

Det grunnleggende prinsippet for at en tiltakskjede skal fungere tilfredsstillende i et helhetlig perspektiv, er at det legges avgjørende vekt på de avtalene som inngås mellom hver enkelt pasient/beboer, pårørende og de ulike nivåene i tiltakskjeden. Avtalene må følges opp ved en forpliktende kontrakt mellom de ulike nivåene i tiltakskjeden, deriblant kommunens bestiller- og utførerledd.

Vi trenger en nær dialog mellom kommunene og helseforetakene på alle nivåer, for å kunne samhandle om utvikling av de nødvendige spesialisthelsetjenestene. Spesialisthelsetjenesten må fange opp de behovene pasientene har, og som kommunene målbærer. Samhandling og dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen må gjøre det kommunale nivået til bestiller og spesialisthelsetjenesten til tjenesteleverandør av bestilte kommunale tjenester. Det ville være uheldig om spesialisthelsetjenesten for de mest hjelpetrequende pasientene med de mest sammensatte problemene, blir utviklet som et resultat av spesielle interesser i sykehusene og ikke som et resultat av de behovene pasientene har, og som den kommunale helse- og sosialtjenesten har meget god oversikt over.

Oslo kommune har tidligere påpekt svakheter ved å legge bestilleransvaret på systemnivå til helseforetakene. Dette gjelder særlig interessekonflikten mellom eier- og bestillerrollen. Hovedsvakheten er at helseforetakene har for stort befolkningsgrunnlag til å ha reell kontakt med de lokale behovene, og at det ikke foreligger klare mekanismer for at helseforetakene kan stilles til ansvar for "egen" befolkning. Oslo kommune har et godt samarbeid med de ulike helseforetakene og sektorsykehusene i regionen. Det er utarbeidet og underskrevet samarbeidsavtaler både innen somatikk og psykiatri. Til tross for dette ser kommunen en svakhet i at det ikke er en større grad av felles definering av ansvarsfordelingen mellom første og andrelinjetjenesten, og andre problemstillinger knyttet til gråsoneproblematikk.

Etter Oslo kommunes vurderinger, bør det igangsettes en utredning av forslaget om at bestilleransvaret for spesialisthelsetjenesten legges til kommunen. Oslo kommune kan være en aktuell pilotkommune i så henseende.

Om bruk av økonomiske virkemidler/takst og refusjonsordningen

I utredningen påpeker utvalget at mye av grunnen til manglende samhandling ligger i at aktørene ikke er oppmerksomme på helheten. Den betydelige kunnskapsutviklingen, med dertil hørende spesialisering av profesjoner og tiltak, har ført til at den enkelte hjelper har måttet konsentrere seg om stadig snevrere fagområder. Den foreslåtte styrkingen av de formaliserte samhandlingsmønstrene, som utarbeidelse av individuell plan og krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner, vil gi et viktig bidrag til større helhet og bedre forståelse av felles mål.

Valg av finansieringsmodeller kan påvirke resultatene. Rammefinansiering skaper andre handlingsmønstre enn aktivitetsbasert finansiering, og valg av bestillernivå må gjøres bevisst. Brukt riktig, kan øremerking av midler gi virksomheter mulighet for å gjennomføre gode forbedringstiltak. Finansieringsmodeller som var hensiktsmessige da de ble innført, kan virke mot sin hensikt etter en tid, med endrete utfordringer og rammebetingelser. Det er imidlertid helt avgjørende for god samhandling og effektiv bruk av ressursene at det innføres belønningssystemer.

Finansieringsordningenes betydning kan gis gjennom eksempler fra eldreomsorgen og fastlegeordningen i Oslo kommune. Eldre mennesker som ble innlagt på sykehus, var i mange år et stort problem for Oslo-sykehusene, fordi bydelene ikke klarte å gi pasientene et hensiktsmessig tilbud på kommunalt nivå når de var ferdigbehandlete. I 1993 ble det innført en ordning der bydelene måtte betale for ferdigbehandlete pasienter i sykehusene, hvis de ikke etter en rimelig tid hadde ordnet alternative tilbud til de med behov for et videre kommunalt tilbud, som sykehjem. Bydelenes budsjetter ble økt for å gjøre det mulig for dem å betale for ferdigbehandlete pasienter. Prisen pr. døgn ble satt noe høyere enn gjennomsnittlig pris pr. døgn for sykehjemsplass, men lavere enn kostnadene pr. døgn i sykehus. Etter at ordningen ble innført, sank antall døgn liggetid for ferdigbehandlete pasienter drastisk. Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter i sykehus i Oslo går lenger enn de statlige forskriftene tilsier. Ordningen ble realisert fordi begge forvaltningsnivåene så at innføring av et slikt finansieringssystem ville lønne seg for begge parter. Det gir sykehusene anledning til å opprettholde høyere sirkulasjon i sengene, og det tjener i neste omgang også kommunens innbyggere og bydelene, som er avhengige av å få tilgang til sykehusets tjenester.

Allerede i 1999, i hørings svar til forslag om innføring av fastlegeordningen, uttalte Oslo kommune at det var et sentralt problem at kommunen har ansvar for primærlegetjenesten, men ikke kontroll over den økonomiske godtgjørelsen til legene som utfører det kurative arbeidet. Kommunen manglet et viktig styringsverktøy for å kunne prioritere lokalt. Oslo kommune påpekte da at dette problemet ville forsterkes gjennom innføring av fastlegeordningen. Det er store vridningseffekter mellom allmennlegenes kurative arbeid på den ene siden der kommunen ikke kan påvirke kostnadene og forebyggende arbeid, sykehjemslegetjenesten og fengselshelsetjenesten på den andre siden der kommunen har ansvaret for hele finansieringen. Andelen av legens inntekt som kommer fra basistilskuddet er redusert og kommunens utgifter til ordningen bestemmes bare av antall innbyggere i kommunen. Oslo kommunes holdning er fremdeles at kommunene bør få disponere en viss andel av totalbeløpet som brukes til legebetalinger. Midlene bør brukes av kommunen til allmennlegetjenesten i tråd med lokale prioriteringer. For eksempel burde tilskuddet, når en person får varig sykehjemsplass, kunne

brukes til å ansette sykehjemsleger som ville sikre et bedre medisinsk tilsyn av den enkelte i sykehjemmet.

Oslo kommune vil påpeke det urimelige i nåværende finansiering av fastlegeordningen der basistilskuddet fortsatt betales til fastlegen når pasienten har plass på sykehjem og legen ikke har noe ansvar.

En annen side av finansieringsordningen som Oslo kommune har vært og er spesielt opptatt av er kompensasjon for ulikheter i listetyngde hos den enkelte lege. De store geografiske forskjellene i befolkningens helsetilstand i Oslo medfører vesentlige forskjeller i praksisprofilen og listesammensetningen for fastleger i ulike deler av byen i tillegg til eventuelle forskjeller i alderssammensetningen av den enkelte legens liste. Oslo kommune mener at ordningen ikke tok tilstrekkelig hensyn til forskjeller i listetyngde. Kommunen burde derfor få ressurser til å opprette lokale løsninger, hvis det ikke skulle innføres vekting av per-capita tilskuddet.

Et spesielt forhold som ikke ble forutsatt ved innføringen av fastlegeordningen, gjelder den situasjonen at fastleger nå får betalt det samme beløp i basistilskudd om de har praksis én dag, eller fem dager i uken og uavhengig av åpningstiden. Den eneste økonomiske motivasjon for leger med kort praksistid er å utvide denne for å gi pasientene et bedre tilbud, er at pasienter "velger seg bort". Det er imidlertid mest sannsynlig at det er personer som bruker legen mest, som vil velge den løsningen og det vil innebære at enkelte leger nå har svært "lette" lister kombinert med kort åpningstid og likevel mottar fullt basistilskudd. Her er det behov for forskning for å se hva som virkelig er tilfelle.

Så lenge fastlegene får en stor del av sine inntekter gjennom stykkprisfinansiering, er det viktig at de enkelte honorarsatsene settes slik at tjenesten til prioriterte grupper for eksempel kreftpasienter utenfor sykehus, personer med psykiske lidelser og personer med sammensatte problemer ivaretas. Hvis dette skal ha tilstrekkelig innvirkning på legenes atferd, vil det kreve større endringer i refusjonssatsene enn det som skjer ved de årlige forhandlingene mellom staten og legeföreningen.

God samhandling mellom kommunenes hjelpeapparat og spesialisthelsetjenestene er avhengig av at spesialisthelsetjenesten tilbyr de tjenestene kommunene er avhengig av at blir produsert. Oslo kommune vil understreke at endringer i finansieringsordningen og forholdet mellom basis- og honorarandelen av inntekten, ikke må skje uten reforhandling av rammeavtalene. Dette er fordi flere av timesatsene for legenes arbeid er knyttet direkte til basistilskuddet og vil således endres på en utilsiktet måte med mindre avtalen reforhandles.

Interkommunalt legevaktsamarbeid

I høringsutkastet omtales legevakt først og fremst i forhold til interkommunale legevaktordninger. Oslo kommune vil påpeke at flere av problemene vedrørende finansieringen av slike ordninger allerede oppleves av legevaktene i storbyene. Det medfører en betydelig nettokostnad for Oslo kommune å opprettholde en faglig forsvarlig legevaktordning, da trygderefusjoner og egenandeler på langt nær dekker de reelle kostnadene. Normaltariffen er for øvrig ikke tilpasset virksomheten ved større legevaktbaser som er bemannet av flere leger. Etter Oslo kommunes vurdering er det et klart behov for en snarlig revurdering av formen for den statlige finansieringen av legevaktvirksomhet.

2. Pasientperspektivet i helsetjenesten

Hvordan reell brukermedvirkning sikres på systemnivå. Synspunkter på hvordan individuell plan kan fungere på en bedre måte i samhandlingssammenheng og tilbakemelding på forslaget om å utvide pasientombudsordningen til også og kunne gjelde tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Brukermedvirkning

Oslo kommune støtter utvalgets oppfatning om at lite samhandling mellom tjenestenivåene skyldes en manglende oppmerksomhet på den helhetlige situasjonen for den enkelte bruker. Funksjonsinndelingen i foretakene kan bidra til en fragmentert tjeneste. En særlig utfordring utgjør mennesker med alvorlige psykiske lidelser av kronisk karakter, alvorlige karakteravvik og utagerende adferd, som trenger stor grad av oppfølging og omsorg. Mange har en kombinasjon av alvorlige psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Kommunens tjenester bygger på et helhetssyn der alle sosiale grupper i befolkningen, uansett alder, funksjonsevne og bakgrunn, skal ytes god service. Personer med psykiske lidelser av kronisk karakter nødvendiggjør et bedre samarbeid på alle nivåer. I byrådets tiltredelseserklæring understrekes det eksplisitt at samfunnet skal stimulere til individualitet og mangfold på basis av alle menneskers likeverd.

Individuell plan

Oslo kommune deler utvalget syn på at kommunen skal være ansvarlig for utarbeidelse av individuell plan. Spesialisthelsetjenestens plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan samt sikre at arbeidet starter for pasienter som åpenbart trenger en plan er av avgjørende betydning.

I en individuell plan kreves det blant annet at kommunen gir brukerne tilbud om en ansvarsperson/koordinator som kan følge opp den individuelle planen og koordinere tjenestene rundt vedkommende person. En god tiltakskjede er ikke først og fremst avhengig av hvor tjenesten er organisert, men hvordan den koordineres rundt den enkelte pasient/beboer.

Pasientopplæring og informasjon

Oslo kommune er enig i utvalgets forslag om at retten til pasientopplæring må forankres som en individuell rettighet i pasientrettighetsloven.

Oslo kommune har gode erfaringer med serviceerklæringer som virkemiddel for å sikre den enkelte brukers rettigheter. Kommunen har blant annet utarbeidet serviceerklæring for utskrivningsklare pasienter i sykehus. Sykehuset gir denne til alle utskrivningsklare pasienter som har behov for tjenester fra kommunen etter utskrivelse.

Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten

Utvalgets forslag om at ordningen med pasientombud utvides til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven støttes av Oslo kommune. Kommunen har allerede en ordning med ombud som dekker spesialisthelsetjenester, kommunehelsetjenester og sosialtjenester. Dette er en organisering som bør opprettholdes og utvides til resten av landet.

3. Samhandling mellom tjenesteutøvere

På hvilke måte kan forslag om behov for funksjons- og kvalitetskrav overfor fastlegene ivaretas. Synspunkter på forslag om å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtaler med sikte på en mer helhetlig pasientbehandling.

Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen

Oslo kommune er enig i utvalgets vurdering om at det bør stilles klare kvalitets- og funksjonskrav til fastlegene. Oslo kommune vil i den sammenheng påpeke at Oslo kommune og Den norske lægeforening inngikk en avtale vedrørende allmennlegetjenester i bydelene den 11.12.1997. Denne avtalefestet et allmennlegeutvalg i hver bydel som blant annet hadde ansvar for valg av medlemmer til et byomfattende kvalitetsutvalg. Det ble stilt noen kvalitets- og funksjonskrav i de individuelle avtalene i samsvar med malen. Med bakgrunn i ovennevnte avtale inntok Oslo kommune både kvalitets- og funksjonskrav til fastlegene i sitt første forhandlingsutkast til rammeavtale for fastlegeordningen i Oslo. På dette tidspunktet var imidlertid de øvrige avtalene i forbindelse med fastlegeordningen allerede på plass, og Oslo kommunes krav ble ikke tatt til følge i forhandlingene med Den norske lægeforening. Kommunen ser liten mulighet til å få inn slike krav i reforhandlinger av rammeavtalen, og er enig med utvalget i at kvalitets- og funksjonskrav bør forskriftfestes.

Det bør ikke være listeantallet som avgjør fastlegenes økonomi. Deres inntjening bør i større grad knyttes til pasientenes kompleksitet og behov for å bidra i utviklingen av sammensatte tjenester for pasientene. Forslaget om at det i avtalene for privatpraktiserende helsepersonell inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav for å sikre bedre tjenester til personer med store og sammensatte behov støttes av Oslo kommune.

Oslo kommune ser at det kan være behov for å bruke fastleger i samfunnsmedisinsk arbeid i små kommuner, og støtter utvalgets forslag om dette. I større kommuner og i Oslos bydeler er det imidlertid Oslo kommunes syn at hovedregelen bør være heltids samfunnsmedisinske stillinger for kommune- / bydelsoverleger. Oslo kommune vil i denne sammenheng påpeke at bruk av fastleger i samfunnsmedisinsk eller annet offentlig legearbeid, etter gjeldende avtale vil medføre et tilsvarende bortfall av legens ansvar for egne pasienter i det aktuelle tidsrommet. Dette skjer uten at basistilskuddet til legen endres, og gjør at bruk av fastleger til offentlig legearbeid i utgangspunktet er mindre hensiktsmessig for kommunen enn ansettelse av egne leger. Dette gjelder spesielt i forhold til samfunnsmedisin og sykehjemsmedisin. Oslo kommune er således ikke enig med utvalget i at kommunen generelt bør utnytte de 7,5 timene som fastlegen kan tilpliktes å arbeide med offentlig legearbeid, utover det som er nødvendig på grunn av små stillingsbrøker eller rekrutteringsproblemer, eller er hensiktsmessig fordi en etablert ordning fungerer bra.

Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

For å få en god behandlingsskjede for er det nødvendig med et nært samarbeid mellom sykehusene og kommunen. Oslo kommune deler utvalgets oppfatning om at det har stor verdi at helseforetak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. Det bør både være avtaler som regulerer hvordan partene skal forholde seg på overordnet nivå, samt avtaler som regulerer spesifikke områder for samarbeid. Det er hensiktsmessig at partene selv finner ut hvordan avtalene skal utformes for å imøtekomme behovet for bedre samhandling.

Oslo kommune og de fem helseforetakene som dekker byens befolkning har inngått overordnede avtaler både innen psykisk helsearbeid og somatikk. Forpliktende avtaler mellom helseforetakene og Oslo kommune er utarbeidet og undertegnet, og danner grunnlag for forpliktende avtaler mellom de enkelte bydeler og sektorsykehus. Det enkelte helseforetak holder nå på å inngå avtaler med bydelene de dekker som i mer detaljert form skal inneholde samarbeidsrutiner.

Det har vært gjennomført et prosjekt om samarbeid og kompetanseoverføring mellom Ullevål sykehus og Oslo kommune med 10 sykehjem involvert for å bedre samarbeid mellom deler av tjenestetilbudet på tvers av forvaltningsnivåer, sektorer og profesjoner. Dette prosjektet ble evaluert i februar 2005 og har medført at Oslo kommune og Ullevål sykehus er i gang med å inngå en partnerskapsavtale for å videreføre samhandling mellom kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten. Partnerskapet skal utvikle ny kompetanse og nye modeller for samhandling for effektive og kvalitativt gode behandlingsforløp til enkeltpasienter og pasientgrupper. Den tidligere nevnte arbeidsgruppen som vurderer intermedieæravdeling ved sykehus inngår som en del av dette arbeidet. Erfaringene tilsier at samarbeidsavtalene og partnerskapsavtaler styrker ønsket om god og effektiv informasjonsutveksling, kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring.

Tiltak for å styrke rehabiliteringstjenesten

Oslo kommune støtter utvalgets syn på at rehabilitering er et område hvor samhandling er spesielt viktig. I rehabilitering er ansvarsforholdene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tildels uavklart. Det er nødvendig at foretak og kommuner utarbeider felles kriterier for planlegging av bruk av rehabiliteringstilbudene, ansvar og virkemidler.

Handlingsplan for psykisk helsearbeid understreker sterkt den omfattende sosiale og menneskelige kompleksiteten som ligger bak psykiske lidelser og andre brukergrupper med randsoneproblematikk. Det er derfor viktig å søke etter helhetlige tilnærminger og løsningsmodeller for det enkelte individ og omgivelsene. Alle tilnæringsforsøk til løsninger av slike problemer bør ha denne kunnskapen som utgangspunkt. Tiltak som tar sikte på behandling og rehabilitering må baseres på et samarbeid mellom de instanser som er relevante i forhold til de sammensatte problemstillinger. Det må være en nær sammenheng mellom tiltakene, og ansvarsfordelingen må være avklart mellom aktørene, slik at ingen faller mellom flere stoler.

Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring og veiledningsplikten

Oslo kommune er enig i utvalgets påpekning av at veiledning er en samhandling som gir stor effekt. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt bør omfatte både kommunens ansatte og pasienter/pårørende. Veiledningsplikten bør foregå begge veier. Likelydende lovbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven med gjensidig plikt til veiledning mellom tjenestenivåene er derfor viktig. Samhandlingsprosjekt mellom Oslo kommune og Ullevål Universitetssykehus er en god illustrasjon på samhandling; kunnskapsutvikling og veiledning der målet for prosjektet er å utvikle bedre virkemidler med sikte på at pasientene skal få riktig hjelp, på rett sted til rett tid.

Prosjektet har ført til at mange av de eldre slipper innleggelse fordi samarbeidet mellom sykehjemmet og Ullevål gjør at helseproblemene blir oppdaget og behandlet i et tidligere stadium. Eldre som er så syke at de har behov for innleggelse, kommer nå raskere på sykehus enn tidligere. Andre som kan få tilfredsstillende hjelp i sykehjemmet uten å bli innlagt i sykehus får dette i større grad enn tidligere.

Et av de viktigste elementene i samarbeidsprosjektet er den erfarings-, kunnskaps- og informasjonsutvekslingen som skjer mellom medarbeiderne ved sykehjemmene og Ullevål universitetssykehus. Ved at det gjøres en felles kartlegging av sykehusbeboernes helsesituasjon, blir det lettere for sykehus- og sykehjemsmedarbeiderne å samarbeide om diagnostisering og behandling av pasienten. Det er også laget egne undervisningsopplegg for dem som arbeider med disse pasientgruppene som gjennomføres i sykehjemmene. Målet er sammenhengende behandlingsskjeder for den enkelte pasient knyttet til individuell plan. Hensikten med omstillingsprogrammet er at en sikrer effektive pasientforløp på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Samtidig vektlegges understøttende forskning og utviklingsarbeid som en integrert del av en omfattende omstilling av behandlings- og tiltakskjedene for eldre og kronikere.

Splitting av tiltakskjeden i rusomsorgen, som ble et resultat av rusreformen, skaper spesielle utfordringer for samhandlingen mellom de ulike nivåene. Fastlegene og sosialtjenesten har innskrivingsmyndighet i behandlingsinstitusjonene. Sosialtjenesten, som har primæransvaret for rusmiddelmissbrukerne, kan dermed få manglende oversikt over sine klienter og mangel på ettervern kan føre til at den enkelte rusmiddelmissbruker ikke blir fulgt godt nok opp. Fastlegene bør aktivt søke å innhente misbrukerens samtykke i å informere sosialkontoret om innleggelse i behandlingsinstitusjon. Dette ville sikre en bedre informasjons- og kommunikasjonsflyt mellom systemnivåene.

For å løse problemene med bortfall av en betalingsordning på dette området, må det stilles sterkere krav til samhandling på systemnivå, altså mellom første og andrelinjen. Et godt eksempel her er den sentrale samarbeidsavtalen Oslo kommune har inngått med helseforetakene under Helse Øst om samarbeid innen det psykiske helsearbeidet. Avtalen tar sikte på å regulere ansvarsforholdene mellom første og andrelinjen. Denne avtalen forutsetter at samarbeidspartnerne viser det skjønne og den fleksibilitet som skal til for at pasienten/brukeren skal ha det tilbud hun el. Han har krav på. Dette gjelder både de faglige forpliktelsene så vel som de økonomiske. Samarbeidet om utskrivning av pasienten begynner ved innleggelsen. Alle utskrivninger skal varsles i god tid slik at den enkelte bydel får anledning til å etablere de nødvendige tiltak. Disse skal etableres i samarbeid mellom første og andre linjen, og alle ansvarsforhold inklusive finansiering skal være ferdig utredet før utskrivning.

Brukeren skal slippe å være i fokus for en opprivende faglig og økonomisk strid i det hun/han er i ferd med å skrives ut. Det er også bygget inn i avtalene at dersom det oppstår uenighet om disse forholdene, skal saken gå til et rådgivende utvalg til avgjørelse der. Dette utvalget består av et likt antall representanter fra første og andrelinjen og er å betrakte som et autoritativt organ, selv om det ikke har formell myndighet.

Spesialisthelsetjenesten må bli langt mer tilgjengelig for det kommunale hjelpeapparatet. Særlig for psykisk syke pasienter og rusmiddelmissbrukere er det kommunenes oppgave å gjøre klientene tilgjengelig for behandling i spesialisthelsetjenesten ved botrening og stabilisering av en turbulent livssituasjon og motivering. Når kommunens helse- og sosialtjenester søker om innleggelse for behandling og eventuelt avrusning for de pasientene med størst hjelpebehov er det viktig at spesialisthelsetjenesten kan bidra til raskere innlegger enn slik det er i dag.

Oslos spesielle storbyutfordringer og økt utskrivning av pasienter med psykiske lidelser fra spesialisthelsetjenesten har bidratt til at bydelenes oppgaver overfor mennesker med psykiske lidelser har blitt mer komplekse. Dette krever en annen og økt kompetanse enn den man tradisjonelt kjenner fra arbeid med psykisk helsevern i kommunen. Spesialisthelsetjenestens

veiledningsplikt overfor kommunen er viktig og nødvendig å presisere i denne sammenhengen. Det er nødvendig at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen utvikles og forbedres og at kompetanse blir utviklet etter brukernes behov for tjenester.

Spesialisthelsetjenesten må være tilgjengelig for klientbehandling, selv om klienten ikke er innskrevet i et tiltak under spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder ikke bare ved akutte situasjoner, men det må bli en regel at det gis slik behandling i form av langvarig oppfølging etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenestens institusjoner. Dette gjelder både om klientene er innskrevet i en kommunal botreningsinstitusjon, eller om de bor i mer selvstendig bolig med oppfølging fra kommunen.

Det er fortsatt uklar fortolkning og forståelse av ansvarsforholdet mellom spesialisthelsetjenestens og kommunens forpliktelser i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Det juridiske ansvaret er ikke endret som følge av opptrappingsplan for psykisk helse.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for behandling, rehabilitering og pleie for pasienter som har et så sammensatt/komplekst behov der kommunene ikke kan forventes og inneha nødvendig kompetanse. Kommunen har ansvaret for fremskaffelse av boliger, yte helsehjelp og pleie og omsorgstjenester for de som har behov for dette. Men det bør heller ikke være tvil om at spesialisthelsetjenesten gjennom de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) også har et betydelig oppfølgingsansvar. En analyse av totalsituasjonen til de fleste mennesker med psykiske lidelser viser at spesialisthelsetjenesten har et betydelig ansvar for mange, for noen kanskje resten av livet. Disse uklarheter vil være spesielt viktige for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene videre fremover og må løses dersom det skal kunne samarbeides enda bedre enn i dag. Dette arbeidet må foregå i et tett samarbeid mellom sosialtjenesten, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, basert på en felles forståelse av ansvars- og oppgavefordeling, rutiner for planlagt utskrivning og oppfølging etter utskrivningen. Fleksibilitet og samarbeid er avgjørende forutsetninger for tilbudenes effektivitet, og en mer forpliktende involvering gjennom mobilisering av fastlegeordningen er helt nødvendig.

Konklusjon:

Utvalget har gjennom sitt arbeid lagt et viktig grunnlag for bedre samhandling mellom nivåene og mer helhetlig praksis. Oslo kommune ser frem til at forslag til tiltak blir realisert, og at det blir praksis for et kontinuerlig samarbeid mellom statlig og kommunalt nivå for å sikre bedre forståelse av helhet.

Det er viktig at aktørene i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten selv får anledning til å utforme hensiktsmessige samarbeids- og samhandlingsformer. De regionale helseforetakene bør i større grad ha dynamisk kontakt med førstelinjetjenesten for å ivareta sine bestilleroppgaver. Statelig nivå bør tilrettelegge for dette gjennom finansieringsmodeller som stimulerer utviklingen i riktig retning.

For at den enkelte bruker skal få et helhetlig tilbud er det nødvendig å videreutvikle samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten der ansvarsforholdene er avklart. Oslo som storby innebærer at mennesker i stadig sterkere grad rammes av sammensatte lidelser som både kan omfatte rusmiddelmisbruk, fattigdom, psykiske lidelser og store sosiale og individuelle integreringsvanskeligheter på en og samme tid. Dette må hjelpeapparatet forholde seg til på en helhetlig, samfunnsorientert måte, og samtidig forstå det enkelte individ i denne sammenhengen.

Med hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Åse Snåre
Helse- og omsorgssjef

Godkjent og ekspedert elektronisk