



Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Statens Hus, 7468 Trondheim

Sentralbord: 73 19 90 00

Besøksadresse: Prinsens gate 1

Saksbehandler
Egil Flønes
Sosial- og helseavdeling

Innvalgstelefon
73 19 93 07

Vår dato
13.06.2005
Deres dato

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
2005/2533-730
Deres ref.

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 156
Arkivkode: 500	Journ.dato 16.06.05
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste" - høringsuttalelse fra Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, sosial- og helseavdelingen, uttaler seg i denne sammenhengen også som Helsetilsynet i Sør-Trøndelag.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har valgt å kommentere enkeltdeler i utredningen, og har derfor valgt å nummerere uttalelsene i henhold til utredningens inndelingsstruktur.

Departementet etterspør i sitt høringsbrev at høringsinstansene spesielt kommenterer tre punkter som refererer seg til utredningens innhold. Denne fylkesmannen har valgt å la de "generelle uttalelsene" være slike kommentarer, med et par unntak knyttet til høringsbrevets punkt 3.

Utredningens pkt 10.2 Pasientperspektivet i helsetjenesten

Til utredningens pkt 10.2.1 Tiltak for å styrke pasientperspektivet i helsetjenesten.

Utvalget viser til Lov om helseforetak § 35 og etableringen av brukerutvalg knyttet til ledelsen av helseforetakene. Brukerorganisasjoner er gitt anledning til å delta i arbeidet med utviklingen av tjenesteyting og tilbud. Utvalget foreslår at det etableres en tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesten. Vi er enige i utvalgets vurdering.

Til utredningens pkt 10.2.2 Individuell plan

Vår erfaring er at det fortsatt varierer i hvor stor grad fagfolk og brukere kjenner til IP. Fylkesmannen støtter derfor forslaget om å satse mer på informasjon. En del av informasjonssatsningen kan bestå i å presentere historier hvor IP fungerer.

Et hovedproblem med det eksisterende lovverk er at ansvarsplasseringen for utarbeidelse av individuell plan, ikke er entydig. Erfaringene tilsier at det fort skaper problemer når ansvaret er plassert flere steder samtidig. Dette kan gi seg utslag i at spesialisthelsetjenesten enten presenterer en ferdig plan for kommunene som de forutsetter blir fulgt opp, eller at

	Embetsledelse og administrasjonsstab	Kommunal- og beredskapsavdeling	Oppvekst- og utdanningsavdeling	Sosial- og helseavdeling	Landbruk og bygdeutvikling	Miljøvern-avdeling
Telefon	73 19 90 06	73 19 90 06	73 19 93 50	73 19 93 00	73 19 90 05	73 19 90 05
Telefaks	73 19 91 01	73 19 91 01	73 19 93 51	73 19 93 01	73 19 90 66	73 19 92 30
E-post:	postmottak@fmst.no					

tjenestemottakeren blir utskrevet til kommunen uten at arbeidet med IP er satt i gang. Tilsvarende kan kommunene trenere spesialisthelsetjenestens anmodninger om å følge opp utskrivningsklare pasienter. Slike eksempler tyder på manglende forståelse for at samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene må være basert på likeverdighet. Mye tyder også på en manglende forståelse av IP som verktøy for å sikre brukerne et samordnet tjenestetilbud.

For å løse problemet med utydelige ansvarsforhold foreslår utvalget at hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan tillegges kommunene. Vi slutter oss til at dette kan bidra til klarere ansvarsforhold, men stiller oss spørrende til om utfordringene beskrevet overfor blir løst. Vi vil særlig kommentere at denne endringen ikke må bli en sovepute for spesialisthelsetjenesten.

Vi er også enig i utvalgets forslag om å begrense IP til de som har behov for det. Utvalget foreslår at behovet for koordinering skal tillegges stor vekt når behovet for IP vurderes. Vi foreslår at dette blir et vilkår også for pasienter i psykisk helsevern.

Vi støtter også forslagene om at IP følges opp gjennom internkontrollsystemer og rapportering. Her vil vi understreke at denne oppfølgingen også må ha fokus på kvaliteten i arbeidet med IP, ikke bare kvantitative størrelser som for eksempel hvor mange IP som er igangsatt.

Vi støtter videre forslaget om å beskrive arbeidet med IP gjennom rutiner og samarbeidsavtaler. Også her finner vi grunn til å peke på verdien av å ha felles undervisning og møteplasser som bidrar til felles forståelse av mål og arbeidsmåter.

Til utredningens pkt 10.2.3 Pasientansvarlig lege

Ordningsen med pasientansvarlig lege jf. Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-7, samt Forskrift om pasientansvarlig lege, har i liten grad blitt implementert. Ordningens formål er å sikre samordnet tjenesteyting innen spesialisthelsetjenesten, samt å sikre pasienten et forankringspunkt i behandlingen. Etter utvalgets vurdering bør pasientansvarlig lege avskaffes som generell ordning og begrenses til pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjeneste. Utvalget viser til at ordningen har særlig betydning for pasienter som har behov for mange undersøkelser og flere spesialistvurderinger under samme sykehusopphold, samt for pasienter med gjentatte opphold og komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester. Vi er enige i utvalgets vurdering.

For å sikre ordningens etablering er det etter vår vurdering påkrevd at ordningen forankres i ledelsen ved sykehuset, samt at avdelingsledelsen gjøres ansvarlig for den praktiske gjennomføringen. Utvalget foreslår at individuell plan følges opp gjennom virksomhetenes internkontroll systemet, samt ved rapporteringer. Etter vår vurdering må tilsvarende oppfølging iverksettes for pasientansvarlig lege.

Til utredningens 10.2.4 Pasientopplæring og informasjon

Pasienter med langvarig og kronisk sykdom vil kunne oppnå en betydelig gevinst ved selv å ha god kunnskap om egen sykdom, påvirkningsfaktorer og behandling. FMST/HtU i ST er derfor enig i alle de tre forslagene utvalget kommer med angående pasientopplæring og

informasjon. Lærings- og mestringssentrene slik de fungerer mange steder, har vist seg å være en hensiktsmessig organisering av pasientopplæring. I den nåværende økonomiske situasjonen for helseforetakene og kommunene virker det å være lite rom for nye tiltak og tilbud ut over kjerneområdene har lett for å bli salderingsposter. Vi tror derfor som utvalget at de nevnte forslagene må sikres med en klar finansieringsplan. Utvalget foreslår å styrke informasjonen til de pasientgruppene som ikke selv aktivt søker informasjon. Dette er en utfordring som må tas på alvor i en tid hvor ulik tilgang på informasjon er i ferd med å bli et problem.

Utredningens pkt 10.3 Samhandlingen mellom tjenesteutøverne

Til utredningens pkt 10.3.1 Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen

Utvalget peker på den mulighet som kommunen i dag har til å utnytte de 7,5 timene som fastlegene kan tilpliktes offentlig legearbeid. I tillegg foreslås mulighet for å tilby kombinerte løsninger med deltids fastlegepraksis og deltidsstilling innen kommunalt offentlig legearbeid. Vi støtter begge forslagene, men er usikker på hvor virksomme de vil være. En av grunnene til at de nåværende rammene ikke utnyttes fullt ut er at kommunene ikke ser seg råd til å kjøpe denne tjenesten. Utvalget foreslår også at rammen på 7,5 timer kan brukes til samfunnsmedisinsk arbeid. Dette kan være en løsning, men det er viktig at det blir tid nok til de andre offentlige oppgavene. En annen risiko er at det samfunnsmedisinske arbeidet blir spredd på en rekke småstillinger og at dette vil svekke muligheten for et helhetlig overblikk og nødvendig kontakt med kommunale beslutningstakere. Det er viktig at ansvaret til kommunelege I understrekes når det gjelder å ha en samlet oversikt over dette arbeidet. Utvalget foreslår at det inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeforskriften. Dette tror vi kan være et godt virkemiddel for å sikre legenes deltakelse i prioriterte offentlige oppgaver.

Utvalget foreslår at Staten og Legeforeningen gjennom forhandlingene om normaltariiffen legger til rette for at pasienter med store og sammensatte behov ivaretas bedre. Som vi også bemerker i vår uttalelse til punkt 10.4.5 kan takst- og refusjonssystemet være et potent virkemiddel for å oppnå endring i behandlingsrutiner. Takstsystemet inneholder allerede i dag slike virkemidler gjennom takst for langvarige konsultasjoner og takst for tverrfaglig samarbeid om enkeltpasienter og vi er usikre på om det er behov for ytterligere stimuleringsiltak gjennom normaltariiffen. Normaltariiffen dekker ikke råd og veiledning til kommunale instanser når samarbeidet ikke gjelder enkeltpasienter og her er det kanskje et uutnyttet potensial i takstsystemet.

Deler av fastlegenes finansiering skjer gjennom det såkalte basistilskuddet som utbetales per pasient på listen. Utvalget foreslår å gjøre endringer i dette både ved å øke basistilskuddet relative andel av finansieringsgrunnlaget og ved å gjøre det mindre knyttet til listestørrelse. Basistilskuddet anbefales innrettet som en kombinasjon av listetilskudd og driftstilskudd og det anbefales at listens alderssammensetning påvirker listetilskuddet. Vi tror dette kan være fornuftige virkemidler med tanke på å redusere spekulering i store lister, men vil gjøre oppmerksom på at kortere lister vil gi behov for flere leger med de konsekvenser det kan få for rekruttering til utkantkommunene. Vi er usikre på om en økning i basistilskuddets relative andel av finansieringen vil føre til en større prioritering av pasienter med store og sammensatte behov. Til gjengjeld vil forskjellen mellom honorering for offentlig legearbeid og det en i stedet kan tjene på kurativ virksomhet, minske.

Rammeavtale mellom Kommunene sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene inneholder krav om opprettelse av samarbeidsutvalg mellom fastlegene og kommunen. Utvalget har ikke vurdert på hvilken måte dette samarbeidsutvalget kan brukes for å få en omforent forståelse av fastlegenes rolle i den kommunale helsetjenesten. Vi tror at økt bruk av samarbeidsutvalget kan være et hensiktsmessig virkemiddel for å bedre samarbeidet med legene.

Til utredningens pkt 10.3.2 Annet privatpraktiserende personell

Fylkesmannen støtter utvalgets forslag. Det er stort behov for at kommunens rutiner for å inngå avtaler med privatpraktiserende innbefatter klare funksjons- og kvalitetskrav. Behovet er særlig stort for å sikre at tjenestemottakere med sammensatte behov skal få koordinerte og faglig forsvarlige tjenester.

Til utredningens pkt 10.3.3 Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

Formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner kan bli selve ryggraden i samhandlingen mellom tjenestenivåene og det er viktig at disse forankres i kommunestyre og foretaksstyrer. Faren er at det blir store lokale variasjoner i avtalenes innhold og dermed i hvor stor grad de sikrer samhandlingen. Vi tror derfor at et slikt krav også må inneholde føringer for innholdet i avtalene og at kommunene har tilgang på kompetent bistand i inngåelsen av slike avtaler. Samarbeidsavtalene bør følges opp med samarbeidsutvalg.

Til utredningens pkt 10.3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten

Fylkesmannen støtter utvalgets forslag, som også er i tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering. Det savnes imidlertid en klarere presisering av behovene for kriterier for planlegging av rehabiliteringstilbudene mellom de ulike instanser, etater og fagområder innad i kommunene. Det er kommunene som over tid har størst ansvar for habiliterings- og rehabiliteringsprosesser, men med myndighetskrav som stort sett hjemles i helselovgivningen, er det store utfordringer å få koordinert slike tverretatlige prosesser med de som ikke er underlagt samme myndighetskrav.

Utvalget har viet forholdsmessig stor plass til å drøfte opptreningsinstitusjonenes plass og del av tiltakskjeden. Disse institusjonene er det viktig å få inn i mer formalisert sammenheng slik utvalget foreslår, men de skal fortsatt kun være et supplement til primær- og spesialisthelsetjenestenes oppgaver. I dag gir disse institusjonene enkelte tilbud som ellers ikke finnes i helsevesenet. Det er viktig at det nå ikke blir en ensretting av tilbudene som gjør at denne bredden forsvinner. For at opptreningsinstitusjonene skal være et reelt supplement og del av tiltakskjeden mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, burde utvalgets fokus i større grad vært på samhandlingen mellom de hovedansvarlige i tiltakskjeden.

Til utredningens pkt 10.3.5 En adresse for samhandling i kommunene og foretakene

Mange kommuner har allerede opprettet en klar adresse for samhandling og vårt inntrykk er at dette letter samhandlingen. Vi har derfor ingen problemer med å støtte utvalgets forslag. Et

problem er at fastlegene som oftest er organisert utenfor det kommunale apparatet. Det er viktig at de samhandlende parter inkluderer fastlegen.

Til utredningens pkt 10.3.6 Krav til ledelse og oppfølging

Utvalget understreker at samhandling må forankres i virksomhetens ledelse og foreslår at det stilles rapporterbare resultatkrav på samhandlingsområdet. Dette tror vi kan vise seg å være viktige virkemiddel for å stimulere til samhandling. Fylkesmannen ser at kommunene opplever de mangeartede rapporteringskravene som belastende og understreker viktigheten av at rapporteringen gjøres enkel og innarbeides i allerede eksisterende systemer.

Til utredningens pkt 10.3.7 Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling

Det har skjedd en betydelig utvikling innen IKT de senere årene. Dette har lagt grunnlaget for en elektronisk utveksling av opplysninger som i stor grad kan lette samhandlingen. Det er et tankekors at dokumenter produseres elektronisk og fortsatt i 2005 skrives ut på papir for å sendes til en mottaker som skanner eller skriver innholdet på nytt inn i sitt eget elektroniske system. Utvalget understreker betydningen av at det snarest ryddes opp på det rettslige området og at samhandlingsbehovet ikke må tape for en ytterliggående håndheving av reglene om taushetsplikt. Selv om Fylkesmannen/Helsetilsynet i Sør-Trøndelag på lang vei deler dette synet, vil vi understreke betydningen av pasientens rettigheter ivaretas gjennom en forsvarlig håndtering av taushetsplikt. Vi vil legge til at det fortsatt er manglende tilgjengelighet på maskinvare og nettløsninger og at stimuleringstiltak for å bøte på dette fortsatt kan være nødvendig. Det gjenstår også mye arbeid i å få forskjellige systemer til å kommunisere med hverandre.

Til utredningens pkt 10.3.8 Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Utvalget påpeker mangler i kunnskapsgrunnlaget for samhandling og etterlyser både forskning og fokusering på samhandling i utdanningen av helsepersonell. Begge deler er viktige. Forskningsbasert kunnskap er avgjørende for å kunne iverksette effektive og målrettede tiltak og vil være en kontinuerlig prosess som gir oss svar over tid. At samhandling ikke har en tilfredsstillende plass i utdanningen er forhold som kan og bør rettes opp umiddelbart.

Fylkesmannen/Helsetilsynet i Sør-Trøndelag synes utvalgets krav om deltakelse i ambulant virksomhet for å bli godkjent spesialist i geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin, er interessant. Gjennom vårt arbeid med opptrappingsplanen for psykisk helse ser vi hvor viktig rolle ambulante team kan spille. Det er åpenbart at det å delta i virksomhet utenfor sykehus/poliklinikk vil øke kunnskapen om "den andre" samt gi mer forståelse for samhandlingsrommet.

Utvalget foreslår etablering av gjensidige hospiteringsordninger. Det å lære om hverandres arbeidsmetoder og vilkår kan være viktig for å få til en bedre samhandling. Utfordringen ligger i personellmessig ressursknapphet. En hospitant fra et annet tjenestenivå kan ikke forventes å gjøre fagarbeid der en hospiterer og må erstattes der vedkommende kommer fra. Med knappe budsjetter og krav til effektivitet vil slike forslag lett bli tomme ord om ikke muligheter for finansiering følger med.

Praksiskonsulentordningen har fungert i noen år nå og utvalget peker på noen gode erfaringer. Det foreslås økt bruk og inkludering av flere yrkesgrupper. I Midt-Norge har det hele tiden vært et mål at praksiskonsulentene skulle representere de viktigste yrkesgruppene i kommunehelsetjenesten og både leger, sykepleiere og fysioterapeuter er praksiskonsulenter. I og med at mye av samhandlingen mellom sykehus og kommuner foregår med pleie-, omsorgs og rehabiliteringstjenestene synes vi dette er en forutsetning. Ordningen er i dag meritterende for spesialiteten i allmennmedisin.

Til utredningens pkt 10.3.9 Veiledningsplikten

Utvalget forslag om å endre bestemmelsen om veiledning i spesialisthelsetjenesten slik at virksomheten og ikke personellet blir ansvarlig, støttes. Presiseringen om at veiledning gjelder både i forhold til enkeltpasienter og mer generelt er viktig. Veiledningen skal være vederlagsfri og virksomheten må ta høyde for denne i sine budsjetter. Dette er også viktige presiseringer. Utvalget gjør i tillegg en viktig understreking og det er at kommunehelsetjenesten sitter på en kompetanse som er viktig for spesialisthelsetjenesten. De foreslår at veiledningsplikten også forankres i kommunehelsetjenesteloven. Dette tror vi kan ha en viktig signaleffekt, men like viktig er det spesialisthelsetjenesten etterspør denne kompetansen.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag vil spesielt kommentere følgende:

Høringsbrevets pkt 3: Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere.

Synspunkter på ”På hvilken måte utvalgets forslag om behov for funksjons- og kvalitetskrav overfor fastlegene kan ivaretas, og evt eksempler på dette, jf. kap. 10.3.1”:

Utvalget foreslår at det for å sikre en bedre legetjeneste til personer med store og sammensatte behov, bør innføres funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeforskriften. Dette kan være krav om deltakelse i ansvarsgrupper og arbeid med individuell plan for egne pasienter. Kanskje bør det også bli et veiledningskrav overfor andre deler av den kommunale helsetjenesten når det gjelder egne pasienter.

Andre forhold som kan nevnes spesielt er et krav om å følge opp egne hjemmeboende pasienter selv om de ikke er i stand til å oppsøke legen på egen hånd.

Lovverket stiller allerede i dag krav om samarbeid mellom aktørene i helsevesenet og dette gjelder også fastlegene. Krav om samarbeid er hjemlet i helsepersonellovens §4, forskrift om individuell plan §6 og forskrift om habilitering og rehabilitering §8. Vi ser allikevel at det kan være hensiktsmessig å spesifisere krav til samhandling og oppfølging av pasienter med spesielle behov i fastlegeforskriften.

I forskriftens §10.5, Samarbeid med kommunen, står: ”Legen må minst en gang per år delta i møte med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak.” Vi tror at dette er et punkt som ikke er tilstrekkelig fulgt opp av partene og at det her ligger et potensial til å bedre det generelle samarbeidet i kommunen.

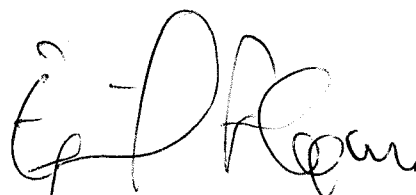
Gode eksempler på samhandling både på individ- og på ledelses- og systemnivå.

Fylkesmannen i Sør -Trøndelag har utviklet et nettsted hvor erfaringer og eksempler er samlet. Navnet på nettstedet er "Psykisk helsearbeid – ide – og ressursbase" og adressen er: www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no

Med hilsen



Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege



Egil Flønes
rådgiver