

**NOU**

Norges offentlige utredninger **2005: 3**

# Fra stykkevis til helt

En sammenhengende helsetjeneste

Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003.  
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005.

Statens forvaltningstjeneste  
Informasjonsforvaltning

---

Oslo 2005

ISSN 0333-2306  
ISBN 82-583-0824-6

---

Lobo Media AS

## Til Helse- og omsorgsdepartementet

Utvalg for å vurdere samhandlingen innen helsetjenesten ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 17. oktober 2003. Utvalget legger med dette fram sin innstilling. Innstillingen er enstemmig.

Oslo, 1. februar 2005

Nils Fredrik Wisløff  
leder

Stein Are Agledal

Erik Hillesund

Hilde Lurås

Eva Buschmann

Rolf Johannes  
Windspoll

Wenche Frogn Sellæg

Daniel Haga

Gry Kolås

Tor Åm

---

Olav Valen Slåttebrekk  
sekretariatsleder

Bjørn Stene Hansen

Ellen Jahr

Jan Roth Johnsen

Folke Sundelin

Eli Ådnøy





<b>7</b>	<b>Samhandlingen mellom tjenesteutøverne</b> .....	77	7.8.4	Veiledning og kompetansebehov.....	104
7.1	Fastlegens rolle .....	77	7.8.5	Samhandling som tema i utdanningen.....	105
7.1.1	Fastlegens betydning for samhandling i helsetjenesten .....	77	7.8.6	Samhandling som tema i forskning ...	106
7.1.2	Utvikling av fastlegetjenesten.....	78	<b>8</b>	<b>Rammebetingelser for samhandling</b> .....	107
7.1.3	Økonomiske insentiver til samhandling .....	78	8.1	Organisatoriske rammebetingelser for samhandling	107
7.1.4	Kommunenes ansvar for legetjenestene.....	79	8.1.1	Ledelse, styring og oppfølging .....	107
7.2	Samhandling internt i kommunene...	81	8.1.2	Samarbeid og likeverdighet.....	108
7.2.1	Koordinering av pasienthenvelser	81	8.1.3	Formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner.....	108
7.2.2	Samarbeidspartene må ha en adresse	82	8.1.4	Muligheter og begrensninger ved interkommunalt samarbeid .....	110
7.2.3	Koordinering av kommunale tjenester	82	8.1.5	Integrerte organisasjoner .....	111
7.3	Samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten .....	83	8.1.6	Betydningen av eierskap til tjenestene.....	112
7.3.1	Koordinering av henvendelser til sykehus.....	83	8.1.7	Bestiller-utfører organisering .....	114
7.3.2	Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten	84	8.1.8	Organisering av tilsyn .....	115
7.3.3	Pasientansvarlig lege .....	85	8.1.9	Pasientombudsordningen.....	116
7.3.4	Praksiskonsulenter .....	86	8.2	Økonomiske rammebetingelser for samhandling .....	116
7.3.5	Andre organisatoriske forhold.....	87	8.2.1	Er samhandling lønnsomt? .....	116
7.4	Samhandling om pasienten mellom tjenestenivåene.....	86	8.2.2	Hvilke forventninger og krav stilles til finansieringsordningene? ....	118
7.4.1	Økende samhandling mellom nivåene	87	8.2.3	Hvordan påvirkes helsetjenesten av de ulike ordningene .....	118
7.4.2	Samarbeid ved innleggelse.....	87	8.2.4	Finansiering som lokalt virkemiddel .	119
7.4.3	Samarbeid om utskrivninger .....	90	8.2.5	Finansiering av helhetlige pasientforløp .....	119
7.4.4	Ambulerende virksomhet .....	91	8.2.6	Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester.....	121
7.4.5	Behovet for intermediære poster eller andre spesialenheter.....	92	8.2.7	Egne øremerkede tilskudd til samhandling .....	121
7.4.6	Utnyttelsen av IKT .....	92	8.2.8	Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter .....	123
7.4.7	Samhandling om bruk av legemidler	95	8.2.9	Finansiering av legemidler .....	123
7.4.8	Behandlingshjelpemidler .....	95	8.2.10	Nærmere om finansiering av legevaktsamarbeid.....	124
7.4.9	Samarbeid om fødselsomsorgen .....	96	8.2.11	Om balansen mellom økonomi og andre hensyn .....	124
7.5	Nærmere om (re)habilitering.....	96	<b>Del IV Utvalgets tilrådninger</b> .....	127	
7.5.1	Generelt om (re)habilitering .....	97	<b>9</b>	<b>Mål og verdigrunnlag</b> .....	129
7.5.2	Opptreningsinstitusjonene.....	98	9.1	Overordnede mål og verdigrunnlag .	129
7.6	Nærmere om rus og psykisk helsevern .....	99	9.2	Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten .....	129
7.6.1	Rus og psykisk helsevern på det kommunale nivå.....	99	9.3	Det må være likeverdighet mellom aktørene .....	129
7.6.2	Rus og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten .....	100	9.4	Tjenestene må være faglig gode og trygge .....	130
7.6.3	Samhandling mellom tjenestenivåene	100			
7.6.4	Samhandling mellom psykisk helsevern og rushelsetjenesten.....	100			
7.6.5	Evalueringsanalyse av rusreformen .....	101			
7.7	Legevakt og akuttberedskap.....	101			
7.8	Dokumentasjon, veiledning og kunnskapsutvikling.....	103			
7.8.1	Vektlegging av samhandling .....	103			
7.8.2	Pasientforløpsanalyser som verktøy .	104			
7.8.3	Faglige retningslinjer og behandlingsprogram .....	104			

<b>10</b>	<b>Drøftinger og forslag til tiltak</b> .....	131	10.4.1	Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter .....	140
10.1	En innholdsreform .....	131	10.4.2	Forsøk med nye organisasjoner .....	141
10.2	Pasientperspektivet i helse- tjenesten .....	131	10.4.3	Lokal forankring av spesialisthelse- tjenesten .....	142
10.2.1	Tiltak for å styrke pasientperspektivet i helsetjenesten .....	132	10.4.4	Generelt om økonomiske virkemidler .....	142
10.2.2	Individuell plan .....	132	10.4.5	Forslag til endringer i takst- og refusjonssystemet .....	143
10.2.3	Pasientansvarlig lege .....	133	10.4.6	Et øremerket tilskudd til samhandling .....	144
10.2.4	Pasientopplæring og informasjon .....	134			
10.2.5	Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten .....	134	<b>11</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser</b> .....	147
10.3	Samhandlingen mellom tjenesteutøvere .....	135	11.1	Vurderinger av økonomiske konsekvenser .....	147
10.3.1	Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen .....	135	11.1.1	Individuell plan .....	147
10.3.2	Annet privatpraktiserende personell .....	137	11.1.2	Pasientombudsordningen .....	147
10.3.3	Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner .....	137	11.1.3	Øremerket tilskudd til samhandling .....	148
10.3.4	Tiltak for å styrke (re)habiliterings- tjenesten .....	137	11.1.4	Andre forslag .....	148
10.3.5	En adresse for samhandling i kommunene og foretakene .....	138	11.2	Konkrete forslag til endringer i lover og forskrifter .....	148
10.3.6	Krav til ledelse og oppfølging .....	138			
10.3.7	Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling .....	138	<b>Referanser</b> .....		150
10.3.8	Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring .....	138	<b>Vedlegg</b>		
10.3.9	Veiledningsplikten .....	139	1	Kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter .....	154
10.4	Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser .....	140	2	Finansieringskart .....	155
			3	Samarbeid i Trondheim .....	156





*Del I*  
*Mandat og sammendrag*



## Kapittel 1

# Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid

### 1.1 Utvalgets mandat

Utvalget ble gitt følgende mandat:

”Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmissbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling.

Utvalgets hovedformål er å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalget skal legge til grunn hovedtrekkene i dagens funksjonsfordeling, der kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene og staten ansvar for spesialisthelsetjenesten, og den hovedmodellen som er valgt for regionale helseforetak.

Utvalget skal analysere styrke og svakheter i dagens helsetjeneste ut fra de behov store pasientgrupper har for et helhetlig tilbud fra 1. og 2. linjen. I tillegg må utvalget ha som siktemål en optimal ressursbruk hvor pasienten behandles på administrativt lavest mulig nivå nærmest hjemmet. Utvalget skal vurdere økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler som kan stimulere til bedre samhandling mellom ulike aktører og nivåer i helsetjenesten. Utvalget skal både utrede og komme med forslag til endringer som omfatter samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten, og mellom ulike deler av kommunehelsetjenesten. Utvalget skal også utrede deløsninger der deler av helsetjenesten organiseres eller finansieres på en ny måte.

Utvalget skal ta utgangspunkt i de reformer som nylig er gjennomført, blant annet fastlegereformen og etablering av regionale helseforetak, forslagene i stortingsmeldingen om inntektssys-

tem for spesialisthelsetjenesten og den vedtatte rusreform I. Utvalget må ta hensyn til arbeid som allerede er igangsatt. Dette gjelder rusreform II som ligger til behandling i Stortinget, lovutvalget som ser på harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen og Statssekretærutvalget for finansiering og brukerbetaling for pleie og omsorgstjenester. De regionale helseforetakene er i ferd med å utvikle en strategi for samhandling mellom nivåene.

Utvalget skal bygge sitt arbeid på regjeringens retningslinjer for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, samt prinsippet om at rammefinansiering skal være hovedfinansieringsmodellen for kommunesektoren.

Helsedepartementet og Sosialdepartementet samarbeider med Kommunenes sentralforbund for å følge utviklingen i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helsetjenester. Resultatet av dette arbeidet vil ligge til grunn for utvalgets arbeid. Videre vil de to departementene kartlegge legetjenestene til brukere av pleie- og omsorgstjenesten.

Det forutsettes at utvalget gjør seg kjent med evalueringen av fastlegereformen og Opptrappingsplan for psykisk helse, og avtalen mellom Kommunenes sentralforbund og regjeringen om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten. Videre bør erfaringer fra andre land vurderes.

Utvalget skal kartlegge og vurdere hvordan oppgaveløsningen i helsetjenesten fungerer for pasientgrupper med behov for helhetlige, langvarige og koordinerte tjenester. Vurderingen skal legge vekt på:

- pasientenes erfaringer
- kommunenes og sykehusenes erfaringer
- kompetanse- og utdanningsbehovet i den kommunale helsetjenesten
- eksempler på gode og effektive samarbeidsmodeller
- prosedyrene (saksbehandlingen) for innskriving av pasienter til spesialisthelsetjenesten og utskrivning til kommunale tilbud (informasjonsflyten mellom nivåene)
- betydningen av ulik finansiering og organisering av kommunenes og statens helsetjenester

og ressursfordelingen i den samlede tjenesten, (men utvalget skal ikke utarbeide forslag til nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten).

Utvalget skal foreslå aktuelle økonomiske, juridiske og organisatoriske endringer som sikrer et mer helhetlig tjenestetilbud for mennesker med behov for tjenester fra ulike nivåer og tjenester, og en bedre samlet ressursbruk. Utvalget bør vurdere hvilke konsekvenser foreslåtte endringer vil ha for samhandling med sosialtjenesten.

Utvalget skal utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av sine forslag i samsvar med Utredningsinstruksens kapittel 2. Minst ett av utvalgets forslag skal baseres på uendret ressursbruk.

Dersom utvalget foreslår lovendringer, skal eventuelle lovforslag utformes i tråd med Justisdepartementets veiledning Lovteknikk og lovforberedelse.

Utvalget skal innenfor sitt budsjett foreta de undersøkelser og kartlegginger det finner nødvendig.

Utvalget skal avgi innstilling innen utgangen av 2004.”

Ved brev av 16. august 2004 har Helsedepartementet bedt utvalget følge opp følgende merknad fra Stortingets kommunalkomiteé som er gitt i komiteens innstilling til kommuneproposisjonen, Inst. S. nr. 255 (2003-2004):

”Et flertall (AP, Frp, SV og Sp) i kommunalkomiteen mener det offentlige utvalget som er nedsatt for å se på samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten, også bør se på framtidige modeller for samhandling mellom kommuner for helsetjenester som er kommuneovergripende planer, men der én kommune får utgifter for tjenester som kan nyttiggjøres av flere, med spesiell vekt på hvordan det kan skapes økonomiske insentiver for tilrettelegging av interkommunale legevaktsentraler”.

Utvalget legger til grunn at dette er et tillegg til det opprinnelige mandatet.

## 1.2 Utvalgets sammensetning

Utvalget ble gitt følgende sammensetning:

*Leder:*

Rådmann Nils Fredrik Wisløff, Asker, Drammen kommune

*Medlemmer:*

- Direktør Stein Are Agledal, Sandefjord, Psykiatrien i Vestfold HF
- Rådgiver Eva Buschmann, Oslo, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
- Rådmann Erik Hillesund, Mandal, Mandal kommune
- Kommuneoverlege Daniel Haga, Alta, Alta kommune (nå seniorrådgiver, Helse Midt-Norge, RHF)
- Underdirektør Gry Kolås, Bergen, Fylkesmannen i Hordaland
- Forsker Hilde Lurås, Lørenskog, Senter for helseadministrasjon, UiO (nå Institutt for helseledelse og helseøkonomi)
- Overlege Wenche Frogn Sellæg, Overhalla, Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos
- Samhandlingssjef Rolf Johannes Windspoll, Trondheim, St. Olavs Hospital HF
- Kommunaldirektør Tor Åm, Trondheim, Trondheim kommune

Utvalgets sekretariat har bestått av Olav Slåttembrekk (sekretariatsleder), Bjørn Stene Hansen, Ellen Jahr, Jan Roth Johnsen, Folke Sundelin og Eli Ådnøy.

## 1.3 Utvalgets forståelse av mandatet

Utvalget er gitt et omfattende mandat, men likevel tydelig avgrenset av at en rekke strukturer og hovedsystemer i helsetjenesten skal ligge fast. Selv om utvalget primært forholder seg til forbedringspunkter innenfor dagens hovedstruktur, har utvalget også drøftet noen mulige tiltak som utfordrer elementer i dagens hovedstruktur.

I utvalgets fortolkning av mandatet er følgende momenter vektlagt:

Forslag til bedring av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er den primære oppgaven for utvalget, men det har også vært nødvendig å gå inn i vurderingen av samhandlingen mellom ulike deler av kommunehelsetjenesten og internt i spesialisthelsetjenesten.

Etter utvalgets syn er det nødvendig hele tiden å ha et pasientperspektiv dersom man skal lykkes med å utvikle helsetjenesten på en god måte. God samhandling med pasientene og deres organisasjoner er viktig for utvikling av tjenesten på individ- og systemnivå. Utvalget har derfor valgt å legge til grunn at samhandling innen helsetjenesten skal omfatte samhandling med pasientene og brukere-

ganisasjonene, selv om dette ikke eksplisitt følger av mandatet.

I mandatet er det konsekvent brukt betegnelsene "pasient" og pasientgrupper". Utvalget har funnet det riktig å holde seg til disse begrepene, fordi mandatet i stor grad omhandler det ansvaret helsetjenesten har. De som har de største behovene for god samhandling er oftest de som bruker kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mest. Også av denne grunn har utvalget funnet det naturlig å betegne mottakerne av tjenestene som pasienter, selv om mottakerne kan foretrekke andre betegnelser.

Mandatet sier at utvalget må ha som siktemål en optimal ressursbruk hvor pasienten behandles på administrativt lavest mulig nivå nærmest hjemmet. Utvalget velger å fortolke "behandles på administrativt lavest mulig nivå nærmest hjemmet" som uttrykk for at oppdragsgiver ønsker behandling på det "laveste effektive omsorgsnivå" - LEON-prinsippet.

#### *Begreper*

Med "samhandling i helsetjenesten" mener utvalget aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen. Samhandlingen vil kunne gjelde pasienter, pårørende, pasient- og brukerorganisasjoner, tjenesteutøvere i ulike deler av hjelpeapparatet, interesseorganisasjoner, besluttsende myndigheter, ombudsordninger, kontrollmyndigheter og klageinstanser. I tillegg kan ulike fagmyndigheter og fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer være viktige premissleverandører for hvorledes det samhandles mellom disse. Det samme kan blant annet media være.

Kommunehelsetjenesten er den delen av helsetjenesten som kommunene har ansvaret for etter lov om helsetjenesten i kommunene. Ansvaret omfatter helsefremmende og forebyggende helsearbeid, diagnose og behandling, habilitering og rehabilitering og pleie- og omsorg. Pleie- og omsorgstjenestene omfatter i tillegg tjenester etter lov om sosiale tjenester kap. 4.

Spesialisthelsetjenesten er den delen av helsetjenesten som staten har ansvar for i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten og lov om psykisk helsevern.

## **1.4 Utvalgets arbeid**

Utvalgets arbeid har i stor grad vært avhengig av allerede foretatte kartlegginger, undersøkelser,

analyser, tilsynsrapporter og forskningsresultater. Med dette som utgangspunkt har utvalget lagt stor vekt på å innhente erfaringsbasert kunnskap. Dette har utvalget gjort på ulike måter; gjennom møter med fagorganisasjoner, pasientorganisasjoner og tjenesteutøvere. Utvalget har ellers supplert kunnskapsgrunnlaget noe med en egen kartlegging av hva pasient- og brukerorganisasjoner mener om samhandlingsutfordringer.

Utvalget har hatt møter med representanter for en rekke ulike interesseorganisasjoner og tjenester for å høre deres syn på samhandlingsutfordringer.

Utvalget arrangerte i mai 2004 en workshop med inviterte fra ulike deler av helsesektoren. Formålet var å få belyst samhandlingen om pasientforløp for visse hovedgrupper av pasienter med behov for et helhetlig hjelpetilbud. Workshopen leverte rapport fra 10 arbeidsgrupper som ble utfordret til å:

- belyse samhandlingen i pasientforløpet
- finne suksesskriterier for god samhandling
- komme med sine erfaringer fra ulike samhandlingsmodeller
- komme med forslag til tiltak som kan bedre samhandlingen

Referater fra samlingen er lagt ut på en egen hjemmeside på Internet som er opprettet for utvalget, se [www.shdir.no/samhandling](http://www.shdir.no/samhandling). Utvalget har brukt denne hjemmesiden til å åpne for at alle interesserte kan legge ut sine synspunkter på samhandling her. Innkomne synspunkter er brukt i utvalgets arbeid.

Utvalget har i sine vurderinger tatt hensyn til arbeidet i lovutvalget som har sett på harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (NOU 2004:18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene - Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester), samt utvalget om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver (NOU 2004:13, En ny arbeids- og velferdsforvaltning - Om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver).

Utvalget er bedt om å ta hensyn til arbeidet i statssekretærutvalget for finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Utvalget har her forholdt seg til at Sosialdepartementet har sendt spørsmålet om brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester på bred høring.

Utvalget har fulgt det samarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet har hatt med Kommunenes Sentralforbund for å følge utviklingen i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helsetjenester og tatt hensyn til dette i sitt arbeid.

Utvalgets mandat gjelder hele helsetjenesten. Det har ikke vært mulig for utvalget å utrede aktuelle problemstillinger her uten å trekke store veksler på andre. Det er mange som fortjener en takk for bidrag.

Utvalget har blant annet hatt stor nytte av å kunne samarbeide med Nasjonal gruppe for samhandling, en arbeidsgruppe oppnevnt av de regionale helseforetakene. Utvalget har aktivt brukt de kartlegginger og analyser denne gruppen har foretatt i analysen.

Utvalget vil også trekke frem at pasient- og brukerorganisasjoner har nedlagt til dels betydelig

arbeid i å formidle pasientenes erfaringer. Deres bidrag har vært viktig for ivaretagelsen av pasientperspektivet i utredningen.

Utvalget har under hele arbeidet kunnet trekke store veksler på ressurser i Sosial- og helsedirektoratet. Uten god bistand her ville arbeidet med utredningen blitt vesentlig tyngre for utvalget. Utvalget har også benyttet forsker Heidi Gautun, Fafo og Christine Furuholmen, SAB HF som har bidratt med nyttige innspill. Endelig vil utvalget takke de mange opptatte personer som ryddet plass for å delta i utvalgets workshop i mai 2004.

Utvalget har hatt totalt 12 ordinære møter.

## Kapittel 2

# Sammendrag

Helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå som henholdsvis er forankret i kommunene og de statlige foretakene. Men også innenfor foretakene og kommunene er det en rekke organisatorske inndelinger. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre sektorer, f.eks trygdekontor, sosialtjeneste og skole. Dette gjør at det er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre både innen og utenfor helsetjenesten.

Det er en stor oppgave å dekke alle disse samhandlingsutfordringene med presis analyse og forslag til tiltak. Det finnes sjelden ett enkelt svar på så vidt kompliserte problemstillinger. Utvalget har ved hjelp av foreliggende dokumentasjon, innspill fra helsetjenesten, brukere og organisasjoner fått mye informasjon og har vurdert helsetjenesten i samsvar med mandatet. Utvalget håper anbefalingene kan være til inspirasjon for endringer i helsetjenesten, både på lokalt og sentralt nivå.

### 2.1 Forutsetninger for god samhandling

#### 2.1.1 Verdigrunnlaget

Møtet mellom pasient og tjenesteyter er selve testen på verdigrunnlaget for helsetjenesten, jf. St.meld. nr. 26(1999-2000). Det er ofte de mest sårbare og vanskelig stilte pasientene som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Fellesnevneren for dem som har et særskilt behov for samhandling er at de har et behandlings- og omsorgsbehov ingen av tjenesteyterne kan løse alene. Det er viktig at tjenesteyterne i slike situasjoner møter pasientene med et helhetlig menneskesyn og med et tjenesteperspektiv som går ut over den enkelte avdeling eller institusjon.

Brukermedvirkning er både en verdi og en strategi for helsetjenesten. Helsetjenestens verdigrunnlag må ta utgangspunkt i at pasienten har ønske om og kompetanse til å gjøre sine egne valg. I et demokratisk perspektiv må det også sees på som en rettighet at vi som borgere kan øve innflytelse på beslutningssystemene.

#### 2.1.2 Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten

Primærhelsetjenesten er selve fundamentet i helsetjenesten. En forankring av helsetjenesten i kom-

munene skal bidra til helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. Den skal også bidra til riktig prioritering av ressursene og sikre behandling på riktig nivå.

Utvalget vil spesielt peke på at fastlegene er en viktig del av primærhelsetjenesten. Fastlegen skal ha et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientenes situasjon og har en rolle som portvakt og portåpner til det mer spesialiserte nivå. Dette gir fastlegen en naturlig rolle i samhandlingen. Dette innebærer alt fra samhandling med ulike kommunale instanser til samhandling med en sammensatt spesialisthelsetjeneste.

Selv om det synes å være stor faglig og politisk enighet om betydningen av primærhelsetjenesten og den rolle den skal ha, observeres i dag en stor tyngdekraft mot spesialisthelsetjenesten, både i forhold til tildeling av ressurser og omtale. Utvalget mener at kommunehelsetjenesten må gis større oppmerksomhet.

#### 2.1.3 Det må være likeverdighet mellom aktørene

Helsetjenesten må bygge på at aktørene har gjensidig respekt og tillit til hverandre. Dette må gjelde mellom kommuner og foretak, og mellom tjenesteytere på tvers av fagkompetanse og erfaring. Spesialiseringen og kunnskapsutviklingen i helsetjenesten betyr at stadig flere yrkesgrupper og spesialister må yte sine delbidrag inn i en helhet. Det er ingen yrkesgruppe som har spesialkompetanse på helheten. Forutsetningen for god samhandling er at de ulike aktørene har en faglig kompetanse å bringe inn i samhandlingen og at denne kompetansen blir anerkjent. Likeverdighetstekningen må være utgangspunktet for samarbeid på alle nivå i helsetjenesten.

#### 2.1.4 Tjenestene må være faglig gode og trygge

God kvalitet i tjenestene forutsetter ofte god samhandling mellom tjenesteutøvere. Men tjenestene må også hver for seg være faglig gode og trygge. En god helsetjeneste forutsetter at den enkelte tjenesteutøver innretter tilbudet i samsvar med nasjonale standarder, basert på kunnskap om hva som gir god effekt og god ressursutnyttelse og basert på gjeldende myndighetskrav på området. Utøvel-

sen av helsetjenestene skal tilstrebe best mulig praksis innen fagområdene.

## 2.2 Utfordringene

Utvalgets analyse viser at det er en stor bredde i hvordan samhandling fungerer. Det er mange eksempler på god samhandling og det er områder hvor svikten er betydelig. Utvalgets vurdering er at samhandling svikter både på individnivå og på systemnivå. Dette utgangspunktet gir ikke ett enkelt svar på hvordan man kan få til bedre samhandling.

Samhandlingen kan svikte for alle typer av pasienter i alle overganger. På noen områder er imidlertid utfordringene spesielt store. Det gjelder pasientgrupper med store behov for samhandling hvor ingen av tjenestenivåene alene kan løse utfordringene. Utvalget har måttet konsentrere seg om problemer som kan være felles og gjennomgående for de fleste pasientene, men vil likevel nevne disse gruppene spesielt:

- kreftpasienter
- eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt)
- terminalt syke pasienter (palliativ omsorg)
- kronisk syke (hjerte- og lungesyke, sukkersyke, slagpasienter, demente m.fl.)
- psykisk syke
- rusmisbrukere

En økende andel eldre påvirker mange sykdomsgrupper. Selv om mange eldre er ved god helse, har helsetilstand og sykkelighet en relativt sterk aldersgradient. Med økende alder øker også andelen med sammensatte og kroniske sykdommer i befolkningen. Eldrebølgen vil i de kommende tiårene medføre store utfordringer for helse- og omsorgstjenester til eldre og kronisk syke og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. Med mindre det blir en større forbedring av eldres helsetilstand, vil tjenestebehovene øke ytterligere.

Samtidig pågår en økende spesialisering og organisatorisk oppsplitting av helsetjenesten.

Det er samhandlingsutfordringer både på systemnivå og på individnivå. Utvalget ser ikke at dyptgripende endringer i oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene vil kunne løse samhandlingsutfordringene. Utvalgets hovedgrep for å fremme bedre samhandling er en rekke mindre forslag til endringer som i sum vil ha god effekt. Utvalgets samlede forslag kan derfor sees på som et ønske om en innholdsreform i helsetjenesten.

## 2.3 Utvalgets anbefalinger

Utvalgets forslag til tiltak kan oppsummeres til tre hovedområder, tiltak som styrker pasientperspektivet, tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne og tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser.

### 2.3.1 Pasientperspektivet i helsetjenesten

Alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette innebærer også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Det er utvalgets oppfatning at mye manglende samhandling skyldes manglende oppmerksomhet på helheten. Pasientperspektivet skal ikke bare ligge til grunn for de som yter tjenester direkte til pasientene. Også tilretteleggere og planleggere av helsetjenestene på ulike nivå må arbeide med dette som utgangspunkt.

#### *Brukermedvirkning*

I tillegg til den enkeltes rett til medvirkning, er det nødvendig å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning. Målet er å utvikle tjenester og tilbud som er tilpasset brukergruppens behov. I spesialisthelsetjenesten reguleres dette i helseforetaksloven § 35. Med utgangspunkt i disse bestemmelsene er det etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen av samtlige regionale helseforetak, og etter hvert også i de enkelte helseforetak. Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven.

#### *Individuell plan*

Utvalgets vurdering er at individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling i helsetjenesten. Utvalget viser imidlertid til manglende oppfyllelse av denne rettigheten og foreslår derfor noen forbedringstiltak. Retten til individuell plan er fremdeles lite kjent, 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 individuell plan etter helse- og sosiallovgivningen. Utvalget mener at kommunen skal være ansvarlig når det gjelder plikten til å utarbeide planen. Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt ha plikt til å medvirke i arbeidet samt sikre at arbeidet starter for pasienter som åpenbart trenger en plan.



Privatpraktiserende helsepersonell må forpliktes til å delta i arbeidet med individuell plan. Dette gjelder både fastleger, privatpraktiserende fysioterapeuter, lege-spesialister og psykologer med driftsavtale og personell ansatt i private helseinstitusjoner. Utvalget foreslår at plikten tas inn i helsepersonelloven og i regelverket som regulerer virksomheten til andre kommunale, fylkeskommunale, statlige og private etater/virksomheter.

Utvalget mener kravet om utarbeiding av individuell plan må følges bedre opp gjennom helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer/internkontrollsystemer. Utvalget foreslår en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan for alle kommuner og foretak.

#### *Pasientansvarlig lege*

En pasientansvarlig lege er først og fremst nødvendig for pasienter som har behov for mange undersøkelser og flere spesialistvurderinger. Utvalgets vurdering er at manglende oppfølging av tiltaket delvis kan forklares av den manglende treffsikkerhet ordningen har. Utvalget foreslår at ordningen med pasientansvarlig lege avvikles som generell ordning og avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester.

#### *Pasientopplæring og informasjon*

Medisinsk behandling kan ikke avhjelpe alle helseproblemer. I takt med økende levealder i befolkningen vil et økende antall mennesker måtte leve resten av sitt liv med ulike grader av kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse. Utvalget foreslår at retten til pasientopplæring må forankres som en individuell rettighet i pasientrettighetsloven.

Lærings og mestringssentra fungerer som et viktig opplæringstilbud til personer som har kronisk sykdom/funksjonshemming og bør videreutvikles som en møteplass for brukerorganisasjoner og helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslår at lærings- og mestringskompetansen gis en mer robust finansiering og at det settes av utviklingsmidler som kan stimulere til økt innsats i kommunehelsetjenesten.

På de fleste samfunnsområder er det lagt godt til rette for at befolkningen kan skaffe seg relevant informasjon via internett. Utvalgets vurdering er at det her ligger et uutnyttet potensiale for bedre samhandling med pasienten. De pasientgruppene som utvalget har hatt oppmerksomhet på trenger imidlertid også andre informasjonstiltak. Ofte er

det for disse pasientgruppene informasjonen svikter mest. Utvalget foreslår at helsetjenesten, sammen med brukerorganisasjonene, styrker informasjonen til pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon.

#### *Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten*

Pasientombudene har i dag ikke mandat til å behandle henvendelser som gjelder kommunehelsetjenestene eller sosialtjenestene. Utvalget foreslår at dagens ordning med pasientombud utvides til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og tjenester etter sosialtjenesteloven.

Helsetilsynets virksomhet er særlig viktig for å sikre at samhandlingsperspektivet blir ivarettatt. Mange tilsynsrapporter har rettet oppmerksomheten på mulig svikt i samhandlingen. Utvalget har merket seg at Aaslandutvalget (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 blir dårligere ivarettatt.

### **2.3.2 Samhandlingen mellom tjenestutøvere**

Utvalget foreslår og anbefaler enkelte tiltak som mer direkte påvirker samhandlingen mellom tjenestutøvere. Utvalgets anbefalinger er delvis oppfordringer til helsetjenestens ulike utøvende ledd, mens andre anbefalinger må følges opp i form av nasjonale tiltak og eventuelt forankres i lover og forskrifter.

#### *Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen*

Etter utvalgets oppfatning er det nødvendig å styrke legetjenestens rolle i forhold til samhandlingsutfordringene. For fastlegen gjelder det individrettet arbeid overfor personer med store og sammensatte behov, samt tiltak som styrker det offentlige legearbeidet og da særlig legetjenesten i sykehjem. I første rekke dreier dette seg om tiltak som bidrar til at fastlegens ansvar blir tydeligere og mer forpliktende.

Utvalget mener at det offentlige legearbeidet har kommet svekket ut etter innføringen av fastlegeordningen. Dels fordi kommunene ikke har satset på dette, dels skyldes det legenes uvilje til å påta seg slikt arbeid. Utvalget mener at fastlegene gjennom å medvirke i dette arbeidet får en økt forståelse for bredden i det kommunale helse- og

omsorgsarbeidet. Utvalget mener dette har betydning for deres forståelse for og trening i tverrfaglig samarbeid og samhandling.

Utvalget anbefaler kommunen å utnytte de 7,5 timene som fastlegene i henhold til avtalen kan tilpliktes. Utvalget mener at kommunene må gis mulighet til å tilby kombinerte løsninger for eksempel bestående av deltids fastlegepraksis og offentlig legearbeid. Utvalget mener at avtaleverket må åpne for at kommunene kan fastsette ulike lengder på fastlegens lister, når det opprettes nye fastlegehemler.

Utvalget vil ha større oppmerksomhet på kvalitets- og funksjonskrav til allmennlegetjenesten. Det er viktig at det stilles slike krav til fastlegene. Utvalget vil fremheve at de pliktene den enkelte fastlege har til å yte legehjelp omfatter alle personer på listen, også de som bor i omsorgsbolig og andre personer med store og sammensatte behov. Utvalget foreslår derfor at det i fastlegeforskriften inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre en bedre legetjeneste til personer med store og sammensatte behov.

Utvalget har registrert at fastlegeordningen har forsterket problemene med å få leger til å dekke de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene. Utvalget mener at rekruttering og stabilitet i disse funksjonene er svært viktig i et samhandlingsperspektiv, og at det må arbeides med tiltak for å opprettholde og styrke samfunnsmedisinen lokalt og sentralt. Utvalget mener kommunene må få anledning til å bruke fastlegene til samfunnsmedisinsk arbeid innenfor de 7,5 timer som kan tilpliktes.

Utvalget har også vurdert finansieringsordningen av fastlegene. Dagens kombinasjonsfinansiering ivaretar flere hensyn. Utvalget vil ikke foreslå store endringer i denne ordningen, men anbefaler at partene (dvs Staten og Legeforeningen) gjennom de neste forhandlingene tilstreber en dreining i retning av mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre på takster og egenandeler. Basistilskuddet anbefales innrettet som en kombinasjon av listetilskudd og driftstilskudd samtidig som listens lengde får mindre betydning og listens alderssammensetning gis uttelling. Utvalget mener også at forholdet mellom de enkelte takstene kan endres for å få legen til å øke satsingen overfor pasienter med store og sammensatte behov.

#### *Annet privatpraktiserende personell*

Både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten finnes det andre private tjenesteytere, hvorav noen har egne driftsavtaler med kommu-

nen og foretakene. Kommuner og regionale helseforetak melder at disse avtalene ikke i tilstrekkelig grad gir dem de styringsmuligheter de ønsker. Utvalget er særlig bekymret for at disse avtalene ikke gir muligheter til å sikre at dette personellet bidrar i arbeid med samhandlingskrevende pasienter. Utvalget foreslår at det i rammeavtalene for privatpraktiserende helsepersonell inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre bedre tjenester til personer med store og sammensatte behov.

#### *Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner*

Utvalget mener det har stor verdi at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenesteni-våene. 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 avtalen skal utformes for å imøtekomme behovet for bedre samhandling. Utvalget mener det bør være en gjensidig forpliktelse for både kommuner og foretak å inngå samarbeidsavtaler på overordnet nivå.

Det er viktig at avtalen forankrer samhandlingen på øverste ledelsesnivå. Utvalget foreslår at avtalen skal vedtas av kommunestyret og foretaksstyret. 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.

#### *Tiltak for å styrke rehabiliteringstjenesten*

Etter utvalgets vurdering er oppgavedelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten mindre klar for rehabiliteringsområdet enn for mange andre deler av helsetjenesten. Dette er et område hvor samhandling er spesielt viktig og utvalget foreslår at kommuner og foretak samarbeider for å få felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbudene, inklusive opptreningsinstitusjonene.

#### *En adresse for samhandling i kommunene og foretakene*

Det er behov for at både foretak og kommuner organiserer sine tjenester slik at tjenesteytere lett finner frem til nødvendige samhandlingspartnere. 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 kan veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne.

#### *Krav til ledelse og oppfølging*

Helhetlige pasientforløp med god samhandling kan bare oppnås dersom den enkelte enhet i helsetjenesten har oppmerksomhet på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingsskjeden. Dette krever en sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste.

#### *Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling*

Mye av samhandlingen dreier seg om en god og effektiv informasjonsutveksling. En rekke tiltak er allerede igangsatt. Utvalget mener det må rettes mer oppmerksomhet mot de organisatoriske og juridiske forhold i realiseringen av elektronisk samarbeid. En hovedutfordring er å rydde opp i uklarheter omkring hvorvidt informasjon kan deles mellom tjenesteytere. Etter utvalgets vurdering må det i balansen mellom personvernhen-syn og hensyn til god informasjonsflyt tas mer hensyn til samhandlingsbehovet.

#### *Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring*

Det er utvalgets oppfatning at det er en betydelig ubalanse mellom den betydning samhandling har for realisering av helsepolitiske mål og den vekt som akademiske institusjoner og de faglige organisasjonene legger på dokumentasjon, forskning, kunnskapsutvikling og opplæring på området. 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 ressurser til forskning rettet mot dette.

Utvalget foreslår at samhandling som tema skal være en del av grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen for alle grupper helsepersonell. Etterutdanningene bør søkes innrettet som tverrfaglige tiltak og de bør ha oppmerksomhet på samhandling og kulturbygging slik at de fungerer fellesskapsbyggende.

Også innenfor spesialistutdanningene bør det rettes oppmerksomhet på samhandlingsutfordringene. Det bør stilles krav til deltakelse i ambulant virksomhet som grunnlag for å bli godkjent som spesialist innen enkelte medisinske fag. Utvalget mener dette er relevant for spesialitetene geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin. Det er behov for kunnskapsutvikling på rusbehandling. Det er også behov for å styrke den medisinskfaglige innsatsen på feltet.

Helsepersonell i ulike deler av tjenesten har mye å lære av hverandre, og hospitering forbedrer relasjoner og skaper felles holdninger. Utvalget mener hospitering er en god metode for kompetanseoverføring mellom ulike deler av helsetjenesten og 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 nivå. Utvalget foreslår at helseforetakene styrker praksiskonsulentordningen og utvider den til å omfatte flere yrkesgrupper .

#### *Veiledningsplikten*

Utvalget vil peke på at veiledning er et samhandlingstiltak med stor effekt. 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. Utvalget foreslår at lovbestemmelsen endres slik at virksomheten gjøres ansvarlig. Utvalget vil peke på at veiledning er en forpliktelse som helsetjenesten må ta høyde for i sine budsjetter. Det skal ikke være adgang til å ta vederlag for slike tjenester. Utvalget mener også at veiledningsplikten må gjøres gjensidig. Utvalget foreslår at det innføres likelydende lovbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven med gjensidig plikt til veiledning mellom tjenestenivåene.

### **2.3.3 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser**

Utvalget foreslår ingen nye store reformer, men vil peke på behovet for justeringer og mindre endringer i dagens hovedmodeller. Utvalget mener det er verdifullt å forsøke nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger som bedre kan understøtte samhandling. Slike forsøk vil kunne gi verdifull erfaring ved en eventuell senere vurdering av større endringer.

### *Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter*

Det er i dag full anledning til å etablere interkommunale ordninger innen helsetjenesten. Slike 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 virksomheter som i tillegg til å utføre tjenester også gis myndighet til å tildele tjenester til innbyggerne i alle deltagende kommuner.

### *Forsøk med nye organisasjoner*

Utvalgets vurdering er at helt nye måter å organisere helsetjenesten på ikke løser samhandlingsutfordringene. Forsøk med slike kan likevel være nyttig for å vinne flere erfaringer. Det foreslås derfor forsøk hvor ansvaret for alle helsetjenester samles, enten for alle pasienter eller avgrenset til noen behandlingsområder.

Utvalget foreslår også forsøk med utførelsenheter i felles eie som yter både første- og andrelinjetjenester. Dette kan være en organisasjonsform som bidrar til å redusere de negative virkningene av dagens todelte ansvar for helsetjenester og er derfor verdifullt å prøve ut.

### *Lokal forankring av spesialisthelsetjenesten*

Sykehusreformen har brutt opp noen gamle samarbeidsmønstre som tidligere gikk mellom kommunene og fylkeskommunen. Med den vekt som utvalget mener skal legges på avtaler 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 en organisert samordning i et avtalesystem med KS.

### *Om bruk av økonomiske virkemidler*

Finansieringsordningene utgjør svært viktige rammebetingelser for helsetjenesten.

Utvalget mener at helsetjenesten trenger økonomiske insentiver som stimulerer til høy aktivitet og effektiv tjenesteproduksjon, men er bekymret for at høye refusjonssatser vil øke samhandlingsutfordringene. Utvalget mener at samhandlingen i helsetjenesten er tjent med at stykkprisandelen reduseres.

Kommuner og helseforetak har stor frihet til selv å bestemme utformingen av finansieringsordninger til sine virksomheter. De økonomiske virkemidlene kan da tilpasses lokale og regionale behov

blant annet for å understøtte god samhandling. Utvalget anbefaler at de regionale helseforetak og kommuner i større grad må understøtte samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger.

Utvalget mener det er en uheldig ordning at flere tjenesteytere i helsetjenesten finansieres gjennom såkalte "tredjeparts" ordninger. Refusjoner som går direkte fra Rikstrygdeverket til den enkelte tjenesteyter gir liten mulighet for prioritering av ressursene og tjenestene. Utvalget mener det bør utredes en større omlegging av finansieringsordningene for kommunale helse-tjenester i retning av et system som sterkere understøtter kommunen som bestiller av tjenester og kommunen som ansvarlig for å sørge for at befolkningen har et godt samlet helsetjenestetilbud.

### *Nærmere om takst- og refusjonssystemet*

Utvalget har ikke gått detaljert inn i vurderinger av de enkelte takst- og refusjonssystemene som brukes i dag. Det er heller ikke utvalgets oppfatning av takster og refusjoner i seg selv er svaret på samhandlingsutfordringene. Likevel er det liten tvil om at takster og refusjoner kan brukes til å rette oppmerksomheten på samhandlingsutfordringen og bidra til at det etableres gode tiltak. Utvalget vil derfor peke på noen utfordringer. Takstsystemet er i dag innrettet slik at noen pasienter med behov for mange kontakter med spesialisthelsetjenesten ofte ikke får samordnet dette i en konsultasjon. Takstsystemet honorerer gjentatte besøk der det kan heves spesialisthonorar, takster for undersøkelser og egenandel. Dette er uheldig for den enkelte pasient samtidig som det fører til merutgifter for det offentlige til transport og refusjoner. Utvalget foreslår at takstsystemet gjennomgås med sikte på å fjerne insentiver for oppstykkning av behandlingstilbudet.

### *Finansiering av legemidler*

Utvalget har vurdert om den ulike finansieringen av legemidler i og utenfor institusjon bør endres. Utvalget foreslår at det innføres en ordning med at trygden betaler for nødvendige medisiner til pasienter som er avhengige av kreftbehandling i sykehjem på lik linje med de ordninger som gjelder ved behandling i omsorgsboliger og behandling i hjemmet. Utvalget mener samtidig det bør legges opp til kostnadsnøytrale ordninger for dyr medikamentell behandling, uavhengig av om pasienten er på sykehus, sykehjem eller i åpen omsorg.

#### *Interkommunale legevaktsamarbeidsordninger*

Interkommunale legevaktsordninger gir etter utvalgets vurdering gode resultater for pasientene i form av god kvalitet og god tilgjengelighet til tjenestene. Samtidig bidrar ordningen til å redusere vaktbelastningen for leger og derigjennom lette rekrutteringen av leger til små kommuner og utkantstrøk. Dagens statlige finansiering av legevaktjenesten gjør imidlertid at det blir ulønnsomt for noen kommuner å delta. Utvalget mener det er nødvendig med en ordning som snarest mulig 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.

#### **2.3.4 En samhandlingsmilliard**

Utvalget mener at dagens finansieringsordninger og takstsystem gir få insentiv til samhandlingstiltak, og at disse på en rekke områder har en innretning som direkte motvirker effektiv samhandling. Utvalget erkjenner samtidig at det

er vanskelig å lage nasjonale finansieringsordninger som direkte understøtter samhandling.

Utvalgets vurdering er derfor at avtalen som inngås mellom kommuner og foretak er viktigst for å få til bedre samhandling. Men for at effekten skal bli god må avtalene understøttes av økonomiske insentiv. Avtalene må innrettes slik at visse mål og aktivitetskrav for samhandling skal være innfridd for å få del i pengene. Partene skal samarbeide om utformingen av slike mål og aktivitetskrav. Gjennom en lokal innretning vil en sikre god treffsikkerhet i forhold til behov og muligheter for etablering av gode tiltak.

Utvalget foreslår derfor et øremerket tilskudd til samhandling som kan brukes for å få i gang nye aktiviteter og videreutvikle eksisterende.

Utvalget foreslår at det skal stilles krav om formalisert avtale om konkrete tiltak mellom kommune og foretak for å få del i midlene. Utvalget foreslår at tilsvarende krav om avtaler skal foreligge før utløsning av statlige midler fra opptrappingsplanene for psykisk helse. Utvalget mener det er vesentlig at partene bidrar med en egenfinansiering for å skape nødvendig eierforhold til tiltakene.



*Del II*  
*Situasjonsbeskrivelse*



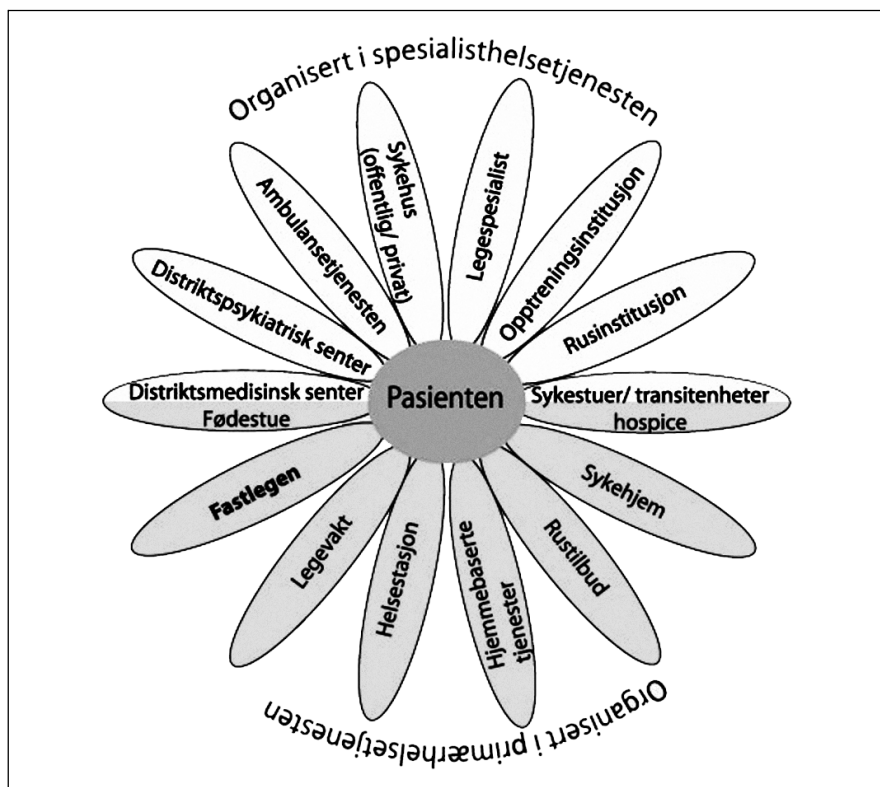


I denne delen vil vi beskrive situasjonen i dagens helsetjeneste. Med utgangspunkt i pasientens behov og et samhandlingsperspektiv redegjøres det i kapittel 3 for dagens ansvars- og oppgavedeling i helsetjenesten se illustrasjon i figur 2.1.

I kapittel 4 beskrives mer inngående hvilke samarbeidsformer som har utviklet seg i helsetjenesten, herunder også noe om samarbeidsavtaler og kravene til samhandling i regelverket. Kapittel 5 inneholder en redegjørelse for en del sentrale utviklingstrekk som vil påvirke tjenestene, personellet og samhandlingen i helsetjenesten. Beskrivelsen av denne utviklingen er viktig som grunnlag for analysen av utfordringene.

Tjenesteapparatet og rammebetingelsene er forsøkt beskrevet med fokus på samhandling i helsetjenesten, og sikter ikke på å gi en uttømmende beskrivelse av dagens helsetjeneste.

Situasjonsbeskrivelsen er nødvendig for å legge frem en helhetlig utredning. For den som er godt kjent med helsetjenesten og dens utvikling, er det likevel fullt mulig å gå direkte til Del III for analysen av samhandling i helsetjenesten.



Figur 2.1 Primærhelsetjenestene er kommunenes ansvar (nedre del i figuren). Noen tilbud er organisert i felleskap av kommunen og spesialisthelsetjenesten, som f. eks. distriktsmedisinske sentra, noen sykehjemstilbud og hospicetilbud. De regionale helseforetakene har ansvar for tilbudet av spesialisthelsetjenesten (øvre del i figuren).

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet



## Kapittel 3

# Dagens oppgave- og ansvarsfordeling

### 3.1 Pasienten først

Samhandlingens mål er å understøtte pasientens behov for en helhetlig helsetjeneste. Det er pasientens egen opplevelse av sykdommen og de problemer den medfører som utløser samhandlingstiltak.

Ut fra dagens situasjon understreker mandatet at ”spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmissbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling”. Det er pasienter som i sitt møte med helsetjenesten har et særlig behov for at ikke bare symptomene, men hele mennesket får oppmerksomhet. Ofte påvirkes både pårørende og omgivelsene av pasientens sykdom, slik at oppmerksomhet også må rettes mot pasientens eget nettverk.

På disse områdene er utfordringene spesielt store. Pasientgruppene utfordrer begge nivåer av helsetjenesten. I tillegg til at mange faggrupper er involvert, særmerkes områdene av at ingen av tjenestenivåene alene kan løse utfordringene. Utvalget vil derfor konsentrere mye av utredningen om de pasientgrupper som i dag sliter mest med å få en samlet og god hjelp i helsetjenesten:

- syke eldre pasienter
- pasienter med kroniske og sammensatte lidelser
- pasienter (funksjonshemmede) med behov for habilitering og rehabilitering
- pasienter med store psykiske problemer
- pasienter med rusproblemer

Det er viktig å minne om at gruppene ikke er statiske. Nye pasienter kommer til, og mange av disse kan også oppleve at samarbeidet i helsetjenesten ikke er godt nok. Utvalget vil her særlig peke på pasienter som får følgetilstander etter akutt skade og sykdom, og som blir avhengig av langvarig oppfølging og behandling.

Primærhelsetjenesten er fundamentet andre deler av helsetjenesten støtter seg til. Det er her de fleste kontakter mellom pasient og hjelper skjer. Det er derfor viktig at tilgjengeligheten er god og at behandlingsskjeden har sitt ankerfeste her.

Pasienten må møtes med respekt. Hun eller han må få tilgang til den informasjon som ønskes og selv tas med på råd når det gjelder undersøkelser, behandling eller videre henvisning til andre tjenester på kommunal- eller spesialistnivå.

Hvis pasienten henvises videre, må det være klarlagt hvor oppfølgingsansvaret til enhver tid ligger. For pasienten er det mindre viktig hvor hjelpen blir gitt eller hvilken offentlig enhet som bærer kostnadene. Det avgjørende er at behandlingsskjeden henger sammen – og at ikke kostbar tid går tapt i påvente av tilbud fra neste ledd i kjeden. Tilgjengelighet er derfor viktig på alle nivåer hvor tiden kan ha betydning for overlevelse, gjenvinning av tidligere helse og funksjonsnivå eller for å unngå invaliditet.

Like viktig er det for pasienten å møte god kvalitet i hvert enkelt behandlingstrinn. Prioritering mellom pasienter må gjøres på faglig grunnlag og ikke ut fra økonomiske hensyn.

For at behandlings- eller tiltaksskjeden skal oppleves sammenhengende for pasienten må helsepersonell og andre tjenesteutøvere vise respekt for hverandre. Pasientens interesser må settes først, ikke bare i den enkelte helsearbeiders oppmerksomhet, men også i måten tjenestene organiseres på.

Hvis de ulike tjenestene eller de to nivåene i helsetjenesten utvikler seg uavhengig av hverandre vil det ofte oppstå gråsoner hvor ingen tar ansvar og pasienten blir skadelidende. Derfor omfatter samhandling til pasientens beste også samhandling på administrativt plan mellom tjenester og nivåer.

I undersøkelser av pasienttilfredshet (NOU 1997:2) gir pasientene ofte uttrykk for generell tilfredshet med den behandling de har fått i helsevesenet, men går man dypere inn i disse undersøkelsene viser det seg at det kan være ulike grader av misnøye med enkelte opplevelser de har hatt i forløpet av en sykdomsepisode. Pasienter med ulike kroniske og sammensatte sykdommer opplever mange identiske problemer i sitt møte med helse-tjenestene. Utvalget vil gå nærmere inn på de forskjellige fasene i behandlingforløpet der sam-handlingsbehovene trer tydelig fram.

### 3.2 De viktigste tjenestene

Oppgave- og ansvarsfordelingen utgjør viktige rammebetingelser for helsetjenestene og for samhandlingen mellom tjenestene. Her gis derfor en kort beskrivelse av dagens oppgave- og ansvarsfordeling, samt henvisning til de aktuelle lovbestemmelser som regulerer dette.

#### 3.2.1 Delt ansvar for tjenestene

Ansvar for helsetjenesten er delt slik at 434 kommuner har ansvaret for primærhelsetjenesten, mens fem regionale helseforetak har ansvaret for spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er omtrent like målt ved ressursbruk. I 2002 utgjorde utgiftene i pleie- og omsorgssektoren sammen med helsetjenesten i kommunene ca 57,5 milliarder kroner, mens tilsvarende beløp for spesialisthelsetjenesten var ca 62 milliarder.

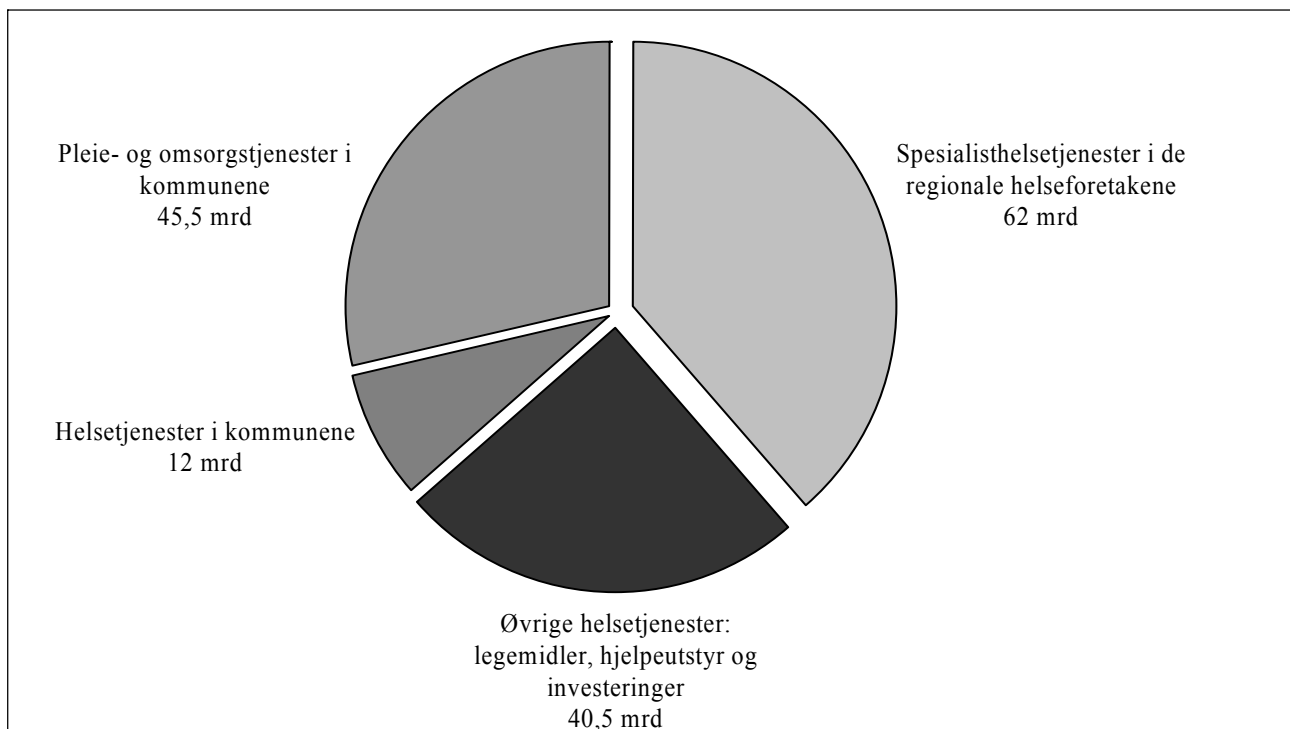
I internasjonal sammenheng er helsetjenesten i Norge kjennetegnet av betydelig grad av offentlig eierskap og finansiering. I omfang har private aktører, dvs virksomheter som ikke eies og drives av det offentlige samt private næringsdrivende innenfor sektoren, utgjort en liten andel av helsetjenestene (Bogen og Dahl 1996, Sæther og Olsen 1997).

#### 3.2.2 Kommunehelsetjenesten

Kommunene "skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen", jamfør kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Kommunehelsetjenesten skal drive forebyggende arbeid og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov. Selv om ansvaret først og fremst er å sikre at aktuelle tjenester er tilgjengelige, innebærer det også i praksis ansvar for drift, organisering og finansiering av en rekke tjenester, innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg, jamfør kommunehelsetjenesteloven § 1-3.

Kommunene har i tillegg ansvar for å yte sosiale tjenester. Dette omfatter blant annet praktisk bistand og opplæring til de som har behov for særlig hjelp i hjemmet. I tillegg skal kommunen tilby støttekontakt, avlastning og institusjonsopphold.

Kommunene står fritt til å velge organisatoriske løsninger for å ivareta sitt ansvar for å yte helse- og sosialtjenester. Tradisjonelt organiserer kommunene tjenestene i ulike kommunale etater og virksomheter. Noen kommuner har i den senere tiden skilt mellom den kommunale myndighetsutøvelse (bestiller) og tjenesteutøvelse (utfører).



Figur 3.1 Helse- og omsorgsutgifter fordelt etter sektor. Tall for 2002

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Helse- og sosialtjenestene er i hovedsak finansiert gjennom det generelle inntektssystemet for kommunene. I tillegg kan kommunene motta øremerkede tilskudd til noen oppgaver, som for eksempel til Opptappingsplanen for psykisk helse. De kommunale etatene og virksomhetene er i hovedsak rammebudsjettet. Kommunene mottar også inntekter gjennom brukerbetalingsordningene. Folketrygden dekker det vesentligste av utgifter til legemidler, legetjenester og tekniske hjelpemidler for tjenestemottakere utenfor kommunale institusjoner. For beboere i institusjon finansieres tilsvarende tjenester av kommunen.

Fastlegenes og avtalefysioterapeutenes virksomhet blir finansiert gjennom direkte takstrefusjon fra Rikstrygdeverket, egenandeler og et kommunalt tilskudd (henholdsvis basistilskudd og driftstilskudd).

### *Fastlegene*

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Ordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å velge en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. 99,5 prosent av befolkningen deltar i fastlegeordningen, og drøyt 98 prosent har fått fastlege i 2004. Legen har plikt til å prioritere de personene som står på sin liste, og er primærkontakt ved behov for legehjelp<sup>1</sup>. Fastlegene har henvisningsrett til andre deler av helsetjenesten. En av intensjonene med ordningen er at fastlegen skal koordinere pasientenes behov for annen helsehjelp, herunder vurdere behov for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Andelen leger med driftsavtale har økt jevnt i perioden 1994-2003, med en tilsvarende reduksjon av andelen (kommune)leger på fast lønn. I dag er de fleste fastlegene selvstendig næringsdrivende med basis i sentralt forhandlet avtale og individuell avtale med kommunen. Finansieringen for disse er fordelt med ca 70 prosent som refusjoner og egenandeler og ca 30 prosent som basistilskudd, knyttet til listelengden. I sine avtaler kan fastlegene tilpliktes inntil 7,5 timer /uke i "allmennmedisinsk offentlig legearbeid", som i hovedsak utgjøres av oppgaver i kommunal eldreomsorg, for eksempel som sykehjemslege, eller i forebyggende helsetjenester som helsestasjonslege og skolelege.

Helse- og omsorgsdepartementet konkluderte i sin rapport om "Erfaringer med fastlegeordningens første 2 ½ år" med "at fastlegeordningen fungerer meget bra", men at "det også er avdekket

svakheter" (Statusrapport om fastlegeordningen, HOD desember 2004). Færre fastlegehjemler står ledige, og det meste av økningen i antall legeårsværk i kommunehelsetjenesten har kommet innenfor det kurative arbeidet.

Evalueringen viser at det fortsatt er usikkerhet hvordan fastlegeordningen fungerer for såkalte "utsatte grupper", for eksempel kronisk syke, psykiatriske pasienter, rusmisbrukere, eldre med demens og asylsøkere. I tillegg har det kommet signaler fra andre kommunale tjenester om at fastlegene er mindre synlige og aktive i tverrfaglig samarbeid.

Flere små- og utkantkommuner sliter fremdeles med rekruttering og ustabilitet, selv om situasjonen bedrer seg. Ved årsskiftet 2003-2004 hadde til sammen 103 kommuner kun én eller ingen liste med ledig kapasitet.

Det er et gjennomgående tema fra Helsetilsynet i fylkene at det offentlige legearbeidet ikke har kommet styrket ut etter innføringen av fastlegeordningen (Statens helsetilsyn 2003). Helsetilsynets bekymring er knyttet til den manglende helhet dette arbeidet får når stillingene spres på mange. Det fokuseres på at fastlegereformen har bidratt til en ytterligere oppsplitting av legetjenesten i sykehjem. I tillegg påpekes det at de yngste og mest uerfarne legene ofte får oppgaven som sykehjemslege. Helsetilsynet konkluderer med at det er behov for bedre ivaretagelse av det offentlige legearbeidet etter innføringen av fastlegeordningen. Det etterlyses både styrket kommunal satsing og tiltak som bidrar til en kvalitetsforbedring av legetjenesten i sykehjem (Statens helsetilsyn 2003).

Mye tyder altså på at fastlegereformen som primært var rettet mot kurativ individrettet virksomhet, også har medført endringer for det offentlige legearbeidet. Dette er i tråd med de erfaringer som ble gjort i de fire forsøkskommunene som prøvde ut fastlegeorganisering i perioden 1993 til 1996 (Heen m.fl. 1996), og er noe som blant annet Kommunenes sentralforbund (KS) forventet kunne bli en konsekvens av reformen (NOU 1998:18 Det er bruk for alle).

De første årene var det mange klager på at Datatilsynet nektet sentrale samarbeidsparter å få tilgang til fastlegeregisteret, noe som bl.a. gjorde det vanskelig for sykehusene å få fram nødvendige opplysninger i en krisesituasjon. Fra høsten 2003 ble dette hinderet redusert ved at personell ved AMK-sentraler, sykehus og legevakter fikk utvidet tilgang til fastlegeregisteret hele døgnet.

### *Legevakt og akuttberedskap*

Fastlegeordningen gav fastlegen ansvar for listeinnbyggernes behov for øyeblikkelig hjelp innen-

<sup>1</sup> Det vil si: sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp

for avtalt kontortid. En av intensjonene med fastlegeordningen var at både allmenntilstander og akutte tilstander i større grad skulle håndteres og ivaretas av fastlegen på dagtid. Gitt en slik utvikling vil pasienttilstrømmingen til legevakt utenfor kontortiden kunne minske.

Legevaktens tjenester kan ikke sees isolert fra fastlegeordningen og andre tjenester<sup>2</sup>. Tilgjengelighet hos fastlegene og organisering av større vakt-distrikter kan bedre legenes arbeidssituasjon og har vist seg å redusere pasienttilstrømmingen til legevakten på kveld og natt. Ved den interkommunale legevakten i Nord-Hordaland gikk det absolutte tall på henvendelser ned med 33 prosent etter innføring av fastlegeordningen (Jøsendal og Aase 2004). Noen legevakter har formalisert et forpliktende samarbeid i egne avtaler mellom legevakten og fastlegene om håndtering av akutthenvendelser på dagtid og henvisninger til legevakten.

Kommunen organiserer legevaktstjenesten på ulike måter. Noen samarbeider med andre kommuner i etablering av interkommunale legevakter. Dette samarbeidet kan gjøres etter ulike modeller, fra legevaktssentral uten stasjonær legevakt til legevaktssentral med stasjonær legevakt beliggende i sykehus. Andelen som har valgt samlokalisering av den kommunale legevakten med sykehusets mottakelse økte fra 28 prosent i 1999 til 55 prosent i 2003. Flere av de øvrige sykehusene oppgir at dette er en ordning de ønsker eller har forsøkt å få til (Kjekshus 2004).

Noen steder er det valgt full integrering av legevakt og akuttmottak i sykehus. Dette baseres på avtaler mellom kommunen og helseforetaket. Ved slik organisering vil som regel lokalt helseforetak ha arbeidsgiveransvar for hjelpepersonell, mens kommunen har ansvar for legene. Sykepleieren som er ansatt ved sykehuset, inngår i jobbrotasjon mellom mottakelsen (Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) der denne finnes) og legevakten. Legevaktstelefonen er gjerne integrert i AMK-sentralen når disse er lokalisert i sykehus.

Geografi, befolkningstetthet og kommunikasjon har betydning for hvordan legevakten organiseres i ulike deler av landet. I mange små og midtstore vakt-distrikt er det fortsatt hjemmevakt, dvs. at legen rykker ut fra egen bolig ved behov etter arbeidstid. I vakt-distrikt med mange innbyggere organiseres legevakten i egne lokaler med fast ansatt hjelpepersonell. Størstedelen av arbeidet organiseres da som konsultasjoner ved at pasi-

entene undersøkes i legevaktens lokaler. I de største vakt-distriktene er det i tillegg organisert legevakt for sykebesøk. I små kommuner er legen oftest alene på vakt med svært begrensede støttefunksjoner. Vaktbelastningen blir stor i form av hyppige vakter, mens antall henvendelser per vakt er begrenset. I kommuner med få leger kan vaktfritak hos en eller flere av legene skape betydelige problemer med å få til en forsvarlig vaktturnus.

### *Habilitering og rehabilitering*

Kommunehelsetjenesten skal omfatte medisinsk habilitering og rehabilitering jmfør kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Kommunene er også forpliktet til å ha fysioterapeuter, men ikke ergoterapeuter. I forskrift om rehabilitering og habilitering § 5 stilles det krav om "brukermedvirkning på individ- og systemnivå", og etter § 8 skal kommunene organisere "en koordinerende enhet" for dette arbeidet.

Det er særlig fysio- og ergoterapeutene som forbindes med arbeidsfeltet. Det foreligger ikke oversikt over hvor mange kommuner som har organisert denne samhandlingen i en koordinerende enhet, men Hjuldata (Styrings- og informasjonshjulet for helsetjenesten i kommunene, 2004) viser at 13 kommuner manglet et fysioterapitilbud per 31.12.03, mens ca. 180 kommuner var uten ergoterapeuter.

Andre faggrupper er også involvert i arbeidet med (re-)habilitering, blant annet har fastlegene, hjemmetjenestene, vernepleiere og helsesøstre sentrale roller. Helsestasjonene har mye med funksjonshemmede barn og deres familier å gjøre, og i habiliteringsarbeidet er ofte sosiale tjenester, trygdekantor og Praktisk-Pedagogisk-tjeneste (PP-tjenesten) involvert. Aetat kan ha viktige bidrag i rehabiliteringen av voksne pasienter.

Det meste av arbeidet foregår i pasientenes eget hjem, i fysikalske institutter eller i sykehjem. Få kommuner har egne institusjonstilbud for habilitering og rehabilitering. Når det er ønskelig eller nødvendig at (re-)habilitering skjer i institusjon, har kommunene i varierende grad benyttet private opptreningsinstitusjoner.

### *Pleie- og omsorgstjenestene*

Den offentlige pleie- og omsorgstjenesten kan grovt deles inn i tre hovedsektorer: Institusjoner, tilrettelagte boliger og hjemmetjenester. Samlet skal kommunen ta seg av en rekke funksjoner som spenner fra relativt omfattende helsetjenester som oppfølging av kreftbehandling, smertelindring og

<sup>2</sup> Forskrift om fastlegeordningen i kommunene 2000-04-14-328 HD

dialysebehandling, til tiltak for mennesker med behov for et tilrettelagt botilbud og hjelp til en aktiv hverdag på lik linje med andre i samme livsfase, for eksempel unge funksjonshemmede.

Siden midten av 1990-tallet har det vært en klar vekst i antall brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Særlig har antallet som får hjemmesykepleie økt. Parallelt med en nedbygging av aldershjemmene har også antallet plasser i omsorgsboliger og boliger med tilsyn økt kraftig. Det totale antall plasser i alders- og sykehjem har derfor sunket noe de siste årene, også som en følge av ombygginger for å øke andelen enerom i sykehjem. Skillelinjene mellom moderne, små sykehjem med høy bostandard og lokale bo- og servicecentre med omsorgsboliger er i mange tilfeller liten.

Kommunene har gjennom årene fått utvidet ansvar for pleie- og omsorg. Gjennom forvaltningsreformer som ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen) og opptrappingsplanen for psykisk helse har kommunen fått ansvar for tiltak for personer i ulike aldre og med ulike behov. Så langt som mulig skal de ha tilbud om tjenester i sitt eget hjem, eventuelt i tilrettelagte (omsorgs)boliger. Ofte er det da også behov for et samspill av helse-, sosial- og hjemmetjenester.

### **Boks 3.1 Kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner**

I 2002 bodde om lag 41 000 mennesker i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner. En kartlegging fra Romøren (2003) viser at gjennomsnittlig oppholdstid i sykehjemmet var 2,9 år. 73 prosent av sykehjemsbeboerne var kvinner og gjennomsnittsalderen var 84 år. 92 prosent av sykehjemspasientene hadde permanente opphold, mens 8 prosent hadde et midlertidig opphold for rehabilitering, avlastning for pårørende eller lignende. Sykehjemmene synes i stor grad å bli brukt til permanent pleie og omsorg for eldre med omfattende tjenestebehov. Undersøkelsen viste at "gjennomsnittspasienten" ikke er i stand til å gå, trengte hjelp til personlig hygiene, til å kle på seg og til å spise, og var inkontinent. De viktigste helsemessige årsakene til hjelpebehovet i sykehjem var aldersdemens (42 prosent), hjerneslag (15 prosent), psykiske lidelser (9 prosent) og

De fleste kommunene har institusjons- og hjemmetjenestene i én organisatorisk enhet. De siste årene har et økende antall kommuner innført en bestiller-utførermodell. En kartlegging (Ro 2004) høsten 2004 viste at det da var 69 bestillerkontorer i 40 kommuner, og at disse dekket 47,8 prosent av befolkningen. Modellen er først og fremst benyttet i store kommuner, og i løpet av 2005 vil alle kommuner over 50.000 innbyggere ha skilt forvaltning og drift av pleie- og omsorgstjenestene etter modellen. De fleste bruker andre betegnelser enn "bestillerkontor" på sin forvaltningsenhet (tildelingsenhet, vedtaksgruppe, mottaksenhet).

### *Tilsynslegefunksjonen*

Sykehjem og boformer med heldøgns pleie og omsorg skal ha knyttet til seg en lege som har ansvaret for den medisinske behandlingen, jamfør sykehjemsforskriften. Kommunene har vanligvis organisert dette gjennom å ansette fastleger i deltidstillinger. I praksis blir dette kalt tilsynslegefunksjonen. Sykehjemsforskriften definerer ikke innholdet i funksjonen. Viktige legegøper er vurdering av behovet for sykehjems plass, samt medisinsk faglig ansvar for undersøkelse og behandling av beboere/pasienter. En annen oppgave er å overvåke systemet for utdeling av medisiner og andre forhold av medisinsk systemkarakter, samt medvirke i opplæring av personalet.

Det er ikke fastsatt noen norm for dimensjonering av legetjenester i sykehjem. Store sykehjem kan ha lege tilstede alle virkedager, mens mindre sykehjem har lege 1-2 dager/uke og blir mer avhengig av legevaktjenester. Behovet for legetjenester er avhengig av mange forhold, blant annet tilbudene ved sykehjemmet, pasientbelegget og tilbudet i hjemmetjenestene og spesialisthelsetjenesten. Sykehjemmet og kommunen må ut fra plikten til å organisere nødvendig og forsvarlig helsehjelp, avgjøre hvor store legeressurser det er behov for, og sikre at legene kan utøve sin virksomhet på en faglig forsvarlig måte.

### *Kommune(over)legefunksjonen*

Etter kommunhelsetjenesteloven skal alle kommuner ha en kommunelege som "medisinsk faglig rådgiver". Mange kommuner har redusert denne funksjonen etter fastlegereformen. I andre kommuner er kommune- og bydelsoverleger fortsatt aktive i tverrfaglig samarbeid, og har viktige roller i samhandlingen omkring utsatte pasientgrupper. Det er også eksempler på at noen større kommu-

ner har etablert sosialmedisinske ordninger med egne legestillinger, for å kompensere for at enkelt-pasienter ikke blir tilstrekkelig ivaretatt i fastlege-ordningen.

### 3.2.3 Spesialisthelsetjenesten

#### *De regionale helseforetakene og helseforetakene*

Ansvar for spesialisthelsetjenesten ble i 2002 overført fra fylkeskommunene til staten. I 2004 ble i tillegg ansvaret for ruspasienter overført fra fylkeskommunen til staten. Staten har organisert spesialisthelsetjenesten i fem regionale helseforetak (Regionale Helseforetak) som igjen organiserer 35 helseforetak (Helseforetak), inkludert 4 sykehusapotek organisert som foretak. I tillegg kommer tjenester som utføres av privat virksomhet etter avtale med de regionale helseforetakene og av avtalespesialister.

Det har vært til dels store omorganiseringer i foretaksstrukturen, og antall helseforetak har blitt redusert fra 43 ved utgangen av 2002 til 35 ved utgangen av 2003. Det har altså blitt færre og større helseforetak, og noen av dem har flere tidligere selvstendige sykehus som underliggende enheter.

De regionale helseforetakenes handlefrihet ligger formelt i utformingen av kravene til hvordan styringen av foretakene skal utøves, det vil si gjennom foretaksmøtet og gjennom vilkår knyttet til bevilgningene og styringsdokumentet. Det er imidlertid ingen formelle begrensninger på hvilken type styring som kan utøves gjennom disse to kanalene. Staten har dermed full styringsmulighet over helseforetakene, og tilsvarende ubegrenset økonomisk ansvar for foretakenes virksomhet. I lov om helseforetak settes det begrensninger for hvilke eierkonstellasjoner som kan inngås.

De regionale helseforetakene får midler gjennom statlige rammebevilgninger, stykkprisrefusjoner og egenandeler fra pasienten. Somatiske tjenester blir stykkprisfinansiert enten gjennom DRG<sup>3</sup>-systemet eller gjennom polikliniske takster ved poliklinisk behandling. De regionale helsefor-

etakene står fritt til omfordele disse pengene, men praksis er i dag at den statlige finansieringsordningen i stor grad videreføres til helseforetaket. Forholdet mellom rammebevilling og stykkpris i inn-satstyrfinansiering (ISF) har siden begynnelsen i 1997 variert fra minimum 30 prosent stykkprisan-del til maksimalt 60 prosent stykkpris i 2003 og 2005.

Psykiatriske tjenester er i hovedsak rammefinansiert, med kun et fåtall takster som utbetales av Rikstrygdeverket ved polikliniske konsultasjoner. I tillegg betaler pasientene de samme egenandeler som i annen spesialistpraksis. Det arbeides med å etablere et stykkprisfinansieringssystem i psykisk helsevern. Finansieringsordningen for ruspasienter skal etter planen samordnes med finansieringen for psykiatriske tjenester. Etter rusreformen bortfalt den kommunale medfinansieringen av ruspasienter.

De private spesialistene som har avtale med de regionale helseforetakene blir finansiert gjennom direkte refusjon fra Rikstrygdeverket, egenandeler, samt driftstilskudd fra de regionale helseforetakene. Den tredelte finansieringsordningen for spesialister kan altså minne om fastlegenes, og gjelder både for spesialister i somatiske fag, psykiatere og psykologer.

Stortinget vedtok at finansieringsansvaret for syketransport og transport av helsepersonell skulle overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene og kommunene fra 1. januar 2004. Dette innebar at de regionale helseforetakene fikk ansvaret for dekning av reiseutgifter, herunder oppholdsutgifter og utgifter til nødvendig ledsager for pasienter som reiser til behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ansvaret for transport av helsepersonell ble overført til de regionale helseforetakene og kommunene. Dermed fikk de regionale helseforetakene ansvaret for transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, mens kommunene fikk ansvaret for transport av helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Bakgrunnen for overføringen av finansieringsansvaret var at en oppdeling av ansvaret for finansiering av henholdsvis behandling og transport i noen tilfeller kunne hindre blant annet desentraliserte behandlingsløsninger, og at en ordning der finansieringsansvaret og utgiftsansvaret samles på ett nivå, ville bidra til mer rasjonelle behandlingsløsninger og et mer kostnadseffektivt transporttilbud.

Laboratorie- og røntgentjenester er finansiert med et takstsystem for private og et for offentlige institutter. Tjenestene blir finansiert både gjennom pasientegenandeler, trygderefusjoner, rammebe-

<sup>3</sup> DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i såkalte diagnoselaterte grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Alle DRG har en kostnadsvekt (DRG-vekt) som uttrykker det relative ressursforbruk denne pasientgruppen har i forhold til gjennomsnittspasienten. For eksempel er en gråstæroperasjon en lettere operasjon som hovedsaklig utføres poliklinisk, og har en kostnadsvekt på 0,42. En levertransplantasjon har til sammenlikning en kostnadsvekt på 25,92. Plasseringen av det enkelte pasientopphold i en DRG skjer gjennom et grupperingsprogram. Ut fra dette utbetales den statlige refusjonen.



villing fra helseforetakene, samt driftstilskudd fra de regionale helseforetakene. Det arbeides med å forenkle dette systemet ved å komme frem til et enhetlig kodeverk. Private laboratorie- og røntgenvirksomheter som har avtale med de regionale helseforetakene får innvilget trygderefusjon direkte.

#### *Ambulant spesialisthelsetjeneste*

Sykehusenes ambulante virksomhet skjer i hovedsak på to måter: Legespesialister har kontordag ved et lokalt helsesenter eller tverrfaglige ambulante team besøker kommunene.

Ved den første modellen gjennomfører spesialisten konsultasjoner med pasienter hvor fastlegen som oftest er til stede. Når det gjelder ambulante team er virksomheten mangesidig og møtet mellom tjenesteutøvere på begge nivåer bredere.

Sykehusene kan opprette faste ambulerende team som har den utadrettede virksomhet som sin viktigste oppgave. Ofte vil teamene ha arbeidsoppgaver i sykehuset i tillegg til reisevirksomheten. Teamenes formål er å virke som bindeledd mellom sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Ambulant behandling har fått en viktig plass innen intervensjon ved alvorlige psykiske lidelser, ikke minst overfor ungdom og unge voksne. Ved å rykke ut og møte pasienten, pasientens familie og lokale hjelpere på pasientens hjemsted er det i mange tilfelle mulig å mobilisere lokale ressurser og finne alternative løsninger til innleggelse (Guo m.fl. 2001).

Midtveis i 2003 har omtrent halvparten av de etablerte DPS-er opprettet et eller flere ambulante team. De fleste av disse er en form for psykoseteam, men det er også etablerte en del akutt/kriseteam og noen rusteam (Ruud m.fl.2004).

Oppgavene til de tverrfaglige geriatriiske teamene oppgaver ble fastlagt i forbindelse med sykehjemsreformen i 1988. I forarbeidene til reformen heter det at sykehusenes geriatriiske team må fungere som rådgivere og veiledere for personellet i den kommunale helsetjeneste og sette sitt faglige stempel på den geriatriiske behandling i sykehusets nedslagsfelt (jamfør Ot.prp.nr. 48 (1985-1986)). Hensikten er ikke å overta behandlingen av kommunens syke og gamle, men hjelpe personellet til å utføre behandlings- og rehabiliteringsoppgaver på en faglig korrekt måte. Noen sykehjem har faglig støtte i geriatriiske team.

Både tverrfaglige psykiatriske og alderspsykiatriske team og rehabiliteringsteamene arbeider i dag på tilsvarende måte. Felles for alle disse teamene er at de i tillegg til råd og veiledning også

bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning. De møter pasienter i hjemmet, på helsesenteret eller i institusjon. Teamene følger opp pasienter som er utskrevet fra sykehuset og vurderer pasienter forut for en eventuell sykehusinnleggelse. Samtidig får de god kunnskap om den enkelte kommune og om kvalifikasjonene som finnes hos personell i lokalmiljøet.

Innen kreftomsorgen er også tverrfaglig ambulant virksomhet et viktig ledd i behandlingsskjeden for pasienter med store oppfølgingsbehov. I samarbeid med kommunehelsetjenesten bidrar de til at denne pasientgruppen får trygghet i nærmiljøet og kan motta avansert behandling på sitt hjemsted.

Enkelte sykehus driver også ambulant virksomhet uten at det er organisert gjennom opprettelse av egne team. Det gjøres ved at avdelingens faste personale gjennomfører opplæring i kommunen i for eksempel nye behandlingsprinsipper for smertebehandling og annen palliativ terapi.

Helseforetaket kan kreve trygderefusjoner og egenandeler for pasientkonsultasjoner utenfor sykehus, men kun for undersøkelse og behandling ved lege, psykiater eller psykolog. For annet personell gis det ingen refusjon for individrettede oppgaver, og det fins heller ingen betalingsordninger for andre oppgaver som utføres av de ambulante team.

#### *Fødestuer*

Fødselsomsorgen i Norge er differensiert med tre nivåer<sup>4</sup>. I tillegg til kvinneklinikker (nivå 3) og fødeavdelinger (nivå 2) er det også flere fødestuer (nivå 1).

Fødestuene skal etter definisjonen ha ”minst 40 fødsler pr. år, kontinuerlig vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog), avklarte medisinske forhold og retningslinjer for hvilke fødende som kan tas i mot, og for overflytting til annen type fødeinstitusjon.” Fødestuene er definert som en del av spesialisthelsetjenesten<sup>5</sup>. Flere av fødestuene ligger i sykehus, mens andre ligger i større helsesentra og drives i et samarbeid med kommunene. Spesialisthelsetjenesten har likevel et overordnet faglig ansvar for institusjonene.

Ved utgangen av 2004 var det 13 fødestuer i Norge, hvorav noen få hadde status som såkalt ”forsterket fødestue”, dvs. med beredskap for nødkeisersnitt. I 2004 var det ca 1000 fødsler ved fødestuene<sup>6</sup>. Ved de fleste fødestuene (12 av 13) står jordmødrene også for svangerskapsomsorg

<sup>4</sup> Veileder om ”faglige krav til fødeinstitusjoner” – 1-97 fra Statens helsetilsyn

<sup>5</sup> St.meld.nr 5(2003 - 2004)

<sup>6</sup> Kilde: Nasjonalt råd for fødselsomsorg

sammen med allmennleger og mange steder også følgetjeneste. Ved Tynset Sjukehus og Lofoten sykehus kjøper eksempelvis kommunene som sogner til fødestuen jordmortjenester av helseforetaket i den brøk de trenger for å ivareta svangerskapsomsorg for sin fødepopulasjon.

#### *Sykestuer*

Det finnes 18 sykestuer med ca 100 sengeplasser, og størrelse varierer fra 1 til 21 senger. Omlag halvparten av sengeplassene er i Finmark, mens den største ligger i Ål i Hallingdal.

Sykestuene representerer et tilbud i gråsonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og er vanligvis lokalisert i distrikt med lang reiseavstand til sykehus. De har en viktig beredskapsmessig funksjon, og benyttes både til observasjon og til stabilisering før transport til sykehus. Den viktigste funksjonen er likevel etterbehandling etter sykehusinnleggelse. Sykestuene kan på mange måter fungere som lokalsykehusets "forlengede arm" der det er langt til sykehus, og kan være del av et distriktsmedisinsk senter (DMS).

#### *Distriktsmedisinsk senter (DMS)*

Et distriktsmedisinsk senter (DMS) er en ny driftsmodell og en fellesarena for primær- og spesialisthelsetjenesten. Tjenestnivåene inngår avtale der ansvaret for drift og leie av lokaler er avklart. Spesialisthelsetjenesten har det faglige og økonomiske ansvar for de rene spesialisttjenestene som ambulerende spesialister/poliklinikk, røntgen, eventuelt dagkirurgi og dagbehandling. Kommunehelsetjenesten er på sin side ansvarlig for legevakt, eventuelt daglegevakt, LV-sentral, sykehjem, legekantor og kontor for hjemmetjenesten.

Sengepost som samhandlingsarena (sykestue, intermediæravdeling, akuttpost, hospice-enhet) kan administrativt organiseres av spesialisthelsetjenesten eller av primærhelsetjenesten. Her finnes det i dag 2 modeller:

- Spesialisthelsetjenesten har det organisatoriske og faglige ansvaret, mens tilsynslegetjenesten ivaretas av allmennleger ansatt av foretaket (for eksempel Hallingdalen sjukestugu). Opphold ved institusjonen finansieres gjennom innsatsstyrt finansiering. Kommunene i nedslagsfeltet har ikke noe økonomisk ansvar for driften av sengeposten.
- Driften av sengeposten er basert på avtale med kommunen. Spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar og dekker deler av driftskostnadene i henhold til avtale. Kommu-

nen har arbeidsgiveransvaret og legetjenestene ivaretas av allmennleger ansatt i kommunen (for eksempel sykestua i Alta). Spesialisthelsetjenesten skal yte faglig bistand både for enkeltpasienter ved behov, og på systemnivå ved samarbeid om utarbeidelse av prosedyrer.

Det er i dag flere DMS under etablering, bl.a. Otta, Fagernes, Finnsnes og Fosen. Både Hallingdal sjukestugu og Alta Helsesenter har et innhold som tilsvarer et DMS. Ved flere av disse enhetene foregår det allerede avansert medisinsk virksomhet, for eksempel dialysebehandling. Det polikliniske tilbudet ved spesialistpoliklinikken ved Alta helsesenter viser seg å gi stor samfunnsnytte (Abelsen og Gaski 2003).

#### *Distriktspsykiatriske sentre (DPS)*

DPSene er faglig selvstendige enheter som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. DPSene skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud.

DPSene har vokst frem som en del av desentraliseringen av det psykiske helsevern, og har vært en viktig del av Opptappingsplanen for psykisk helse for å få bygget ut et system av DPSer på landsbasis. De er ansvarsmessig klart forankret i spesialisthelsetjenesten, men har funksjoner som krever nært samarbeid med kommunene.

DPSene skal yte desentraliserte spesialisthelsetjenester. Sentrene skal også prioritere poliklinisk og ambulant virksomhet samt lavterskel døgnopphold i krisesituasjoner. Omstruktureringen av psykisk helsevern er ikke kommet like langt i alle deler av landet. Omtrent 86 prosent av befolkningen er i områder som i juli 2003 hadde et etablert DPS (se Ruud m.fl. 2004).

#### *Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner*

Spesialisthelsetjenesten skal organisere arbeidet med medisinsk habilitering og rehabilitering i en koordinerende enhet, jmfør forskrift om medisinsk habilitering og rehabilitering.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foregår både på spesialsykehus, i ordinære sykehus og i andre institusjoner. På sykehusene er det rehabilitering på de fleste avdelinger, samt i egne avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Rehabilitering gis også i opptreningsinstitusjoner. I dag tar de blant annet postoperativ rehabilitering og annen opptrening etter opphold i spesialist-

helsetjeneste, og får pasienter direkte etter legehenvisning. Det er ulik dekning av opptreningsinstitusjoner i Norge, og en faglig gjennomgang (av Sosial- og helsedirektoratet 2004) viser at det er stor variasjon i tilbudet. Oppholdene godkjennes av trygdeetaten for refusjon av utgifter med en stønadssats per kurdøgn fra Rikstrygdeverket fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, samt tilhørende egenandeler og tilskudd fra de regionale helseforetak etter avtale. Fra 2006 vil opptreningsinstitusjonene bli fullfinansiert av de regionale helseforetakene.

### 3.2.4 Andre aktører i samhandlingen

Helsetjenesten må i mange sammenhenger samarbeide med en rekke organisasjoner og statlige etater om pasientgrupper. Helsetjenesten har samarbeid med pasientorganisasjoner, frivillige organisasjoner, private helsetjenesteytere, barnevernet, skolen, politiet, Aetat og trygdeetaten for å nevne de viktigste.

Noen pasientgrupper vil både ha behov for ulike typer tjenester, behandlingshjelpemidler, tekniske hjelpemidler og ha krav på ulike økonomiske stønader. Mange pasienter har behov for trygdeetatens økonomiske ytelser og tjenester samt tjenester fra Aetat. For noen kan tjenester i regi av sosialtjenesten, barnehage, skole, PP-tjenesten, oppfølgingstjenesten, og/eller arbeidsgiver være viktig, og i noen tilfeller barnevernet.

Humanitære og andre ideelle organisasjoner har ofte mål som er sammenfallende med det offentlige. Mange frivillige organisasjoner som yter helsesrelaterte tjenester yter også en (lang rekke) andre tjenester som kan være viktige for pasientens levekår.

Mange av organisasjonene har etablert et omfattende tilbud til sine brukergrupper. Det er etablert egne tilskuddsordninger for å stimulere til slike tilbud, for eksempel ulike voksenopplærings- og informasjonstilbud. Tilskuddet til likemannsarbeid omfatter ulike former for frivillig basert hjelp i form av støtte, hjelp og veiledning brukerne imellom.

Noen av organisasjonene driver også spesialiserte behandlings- eller rehabiliteringsinstitusjoner som samhandler med det offentlig helsevesenet på lik linje med andre private eide tilbud. Hovedregelen er at slike brukereide institusjoner finansierer driften via offentlige tilskudd.

Trygdeetaten er en sentral samarbeidspartner for helsetjenesten på grunn av finansieringsordningene for ulike helsetjenester og pasientenes rettigheter til refusjon av utgifter til behandling. Helse-

personell fungerer ofte som rådgivere ved innvilgelse av søknader. Behandlingspersonell og andre som yter tjenester for trygdens regning har etter lov om folketrygd en generell plikt både til å avgi opplysninger og til å gi (sakkyndige) erklæringer og uttalelser ved blant annet krav om ytelser. Det er et vilkår for å få rett til uførepensjon at vedkommende har gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring for å bedre inntekts- eller arbeidsvænnene.

For mange funksjonshemmede personer er det ofte nødvendig med særskilt tilretteleggelse av arbeidsplassen og individuell oppfølging for at vedkommende skal kunne klare å gjennomføre utdanning eller stå i et arbeid. Skole eller arbeidsgiver kan også ha behov for oppfølging, for eksempel av helsepersonell, for å kunne mestre og forebygge vanskelige situasjoner som kan oppstå.

Det foreligger opplysnings- og meldeplikt til barnevernet, jmfør § 6-4 i lov om barneverntjenester. I en høy andel av barnevernsaker er rus- og/eller psykiatriske problemer inne i bildet, enten hos far og/eller mor eller hos barnet selv.

Ansvar for PP-tjenesten er lagt til kommuner og fylkeskommuner. PP-tjenesten skal være den viktigste instansen barnehagene og skolen kan henvende seg til når de trenger hjelp. Samtidig er det forventet at PP-tjenesten skal ha tilknytning til og samarbeid med andre hjelpeinstanser på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. For enkelte pasientgrupper er pedagogisk tilrettelegging like viktig som fysisk - motorisk behandling.

### 3.2.5 Rusreformen og Opptappingsplanen for psykisk helse

Nedenfor følger en kort omtale av viktige endringer som følge av rusreformen og Opptappingsplanen for psykisk helse.

#### *Rusreformen*

Gjennom Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) og Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) ble ansvaret for behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere etter lov om sosiale tjenester § 7-1 overført til staten ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004. De regionale helseforetakene har dermed ansvar for tjenester som gir tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk, hvilket innebærer at slike tjenester er regulert av den generelle helselovgivning. Som en følge av rusreformen er også ansvaret for organiseringen av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) overført til de regionale helseforetakene.

Ansvarsoverføringen innebærer at de regionale helseforetakene skal sørge for et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud som både har et helsefaglig og et sosialfaglig innhold.

Dette omfatter:

- avrusning som krever tett medisinske oppfølging
- helsefaglig utredning og kartlegging av behandlingsbehov
- spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling, poliklinisk eller i institusjon
- sosialpedagogiske tiltak
- institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3 (tvangstiltak)

Styrene i Helse Øst, Helse Vest, Helse Nord og Helse Sør besluttet at de fylkeskommunalt eide institusjonene ble knyttet til de eksisterende helseforetak i regionene, mens Helse Midt-Norge opprettet et eget rusforetak i sin region.

Ansvarsoverføringen fikk betydning for totalt 74 institusjoner, 32 offentlige og 42 private institusjoner med om lag 2200 ansatte. I tillegg til et omfattende poliklinisk behandlingstilbud drives det døgnbehandling med en kapasitet på om lag 1400 døgnplasser. Det er et mangfoldig tiltaksapparat som spenner fra helsefaglige behandlingsmetoder, psykososial behandling og sosial- og arbeidsrettet rehabilitering. I tillegg har kommunal betaling for opphold i rusinstitusjoner bortfalt som følge av Regionale Helseforetakenes overtakelse.

Rusmiddelmisbrukerne har fått pasientrettighetsstatus ved at også tjenestene som tidligere var regulert i lov om sosiale tjenester, nå omfattes av helselovgivningen. Som følge av rusreformen har nå fastlegene henvisningsrett til rusinstitusjoner, slik at henvisninger til poliklinikker og behandlingstilbud nå kan skje både gjennom fastlegen og sosialtjenesten.

### *Opptrappingsplanen for psykisk helse*

Behovet for en opptrappingsplan for psykisk helse var basert på erkjente mangler ved alle ledd i behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Hovedproblemene ble beskrevet slik i St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene:

- det forebyggende arbeidet var for svakt
- dårlig utbygde tjenester i mange kommuner
- for få tilgjengelige plasser i sikkerhetsavdelinger og sykehus

- for høye terskler for pasienter og for vanskelig å slippe til
- lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn
- for dårlig oppfølging etter utskrivning fra sykehus
- for mange pasienter ble skrevet ut for tidlig
- tjenestene var for dårlig kvalitetssikret

For å møte disse problemene vedtok Stortinget en opptrappingsplan over åtte år for psykisk helse (St. prp. nr. 63 (1997-98)). Kommunene skulle gis økonomisk grunnlag for 4770 nye årsverk for å drive forebyggende virksomhet og styrke tjenestetilbudene til voksne og barn, samt unge med psykiske lidelser og problemer.

Fylkeskommunene og senere de regionale helseforetakene skulle bygge lett tilgjengelige, desentralte tjenester i form av distriktpsikiatriske sentre (DPS) og poliklinikker for barn og unge (BUP). DPSene og BUPene skulle ivareta hovedtyngden av de allmenne tjenestene innen psykisk helsevern. Avdelingene ved sykehusene skulle differensieres og spesialiseres

Det viktigste virkemidlet for å nå utbyggingsmålene i kommunene og spesialisthelsetjenesten har vært tildeling av øremerkede midler. Et annet viktig virkemiddel har vært krav om utarbeiding av planer for utbygging av tjenestene i tråd med de overordnede statlige føringene. Utarbeiding av slike planer er stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd. De fylkeskommunale planene er forutsatt lagt til grunn og fulgt opp av de regionale helseforetakene. I tillegg har det foregått en omfattende dialog mellom stat, kommune og de regionale helseforetak.

Det er også iverksatt en rekke tiltak i andre sektorer i samfunnet. Det er gitt omfattende støtte til etter- og videreutdanning for personell i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og det er gitt støtte til Norges forskningsråds programmer for mental helse og helsetjenesteforskning. Gjennom Aetat er det gitt støtte til særskilte sysselsettingstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Det er gitt støtte til organisasjoner for brukere og pårørende. Informasjonsvirksomhet er rettet mot befolkningen generelt og mot skole, arbeidsliv og brukere og tjenesteapparatet spesielt.

Opptrappingsplanen for psykisk helse innebærer at staten går inn med særskilte virkemidler som et bidrag til nødvendig styrking av dette feltet. Gjennomføringen medfører ingen endring i gjeldende ansvarsdeling mellom kommunene, de regionale helseforetakene og statlige myndigheter. Utgangspunktet er det ansvaret som ligger til kom-

munene og til de regionale helseforetakene, og de definerte rammer og måltall som er fastlagt i Opptrappingsplanen for psykisk helse og de årlige budsjettproposisjonene.

### 3.2.6 Bruk av informasjon – og kommunikasjons teknologi (IKT)

Helse- og sosialsektoren er informasjonsintensiv med en omfattende anvendelse av informasjonsteknologi. Tallene i boksen for allmennlegers forsendelser kan illustrere dette (boks 3.2)

Samspill 2007, med undertittel elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren 2004-2007, er den statlige strategien som skal bidra til økt og bedret informasjonsutveksling mellom kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenesten. Strategien bygger videre på erfaringer og resultater fra forutgående statlige planer: "Mer helse for hver bIT" og "Si@!".

Samspill 2007 innebærer en utvidet satsing på elektronisk samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste.

Noen av de viktigste initiativ for elektronisk samhandling beskrives under.

#### Boks 3.2

Informasjonsutvekslingen i allmennpraksis 2002

- omlag 20 millioner lege-pasient-kontakter per år, som utløser et tilsvarende tall enkeltregninger sendt trygden
- legene skriver ca. 1,9 millioner henvisninger til sykehus eller spesialist og mottar 3,8 millioner epikriser
- legene skriver ca. 1,0 millioner rekvisisjoner til fysioterapi og omlag 1,3 millioner rekvisisjoner til røntgen/billeddiagnostikk
- legene utsteder omlag 3,5 millioner sykemeldinger og sykepengeattester, og
- henimot 200.000 legeerklæringer ved arbeidsuførhet
- legene sender omlag 7 millioner rekvisisjoner til laboratoriene, og hver av disse inneholder bestillinger av 6-7 analyser som skal besvares
- legene utsteder ca. 17 millioner resepter per år

Kilde: Den norske lægeforening

#### Norsk Helsenett AS

Gjennom utbyggingen av det nasjonale helsenettet og etableringen av Norsk Helsenett AS høsten 2004, er en elektronisk motorvei på plass, med den sikkerhet, kapasitet og tilgjengelighet som kreves for å utveksle informasjon i helse- og sosialsektoren. Dette er forutsetning for elektronisk informasjonsutveksling, samhandling og telemedisinske tjenester på tvers av forvaltningsnivåer og regionsgrenser.

Ved inngangen til 2005 er alle sykehus, ca. 700 legekontorer og 29 kommuner knyttet til nettet. Nasjonalt helsenett skal bidra til gode og sammenhengende helse- og sosialtjenester ved å være et sektornett for effektivt samarbeid mellom de ulike tjenesteleddene i sektoren.

Nasjonalt helsenett skal støtte informasjonsutvekslingen, og gi tilknyttede virksomheter mulighet for å tilby fagstøtte, medisinske og administrative tjenester over nettet. Dette skal gi nye muligheter for funksjonsdeling, spesialisering, vaksamarbeid og fagsamarbeid.

#### Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Pasientjournalen er kjernen i informasjonsflyten i helsetjenesten. Elektronisk pasientjournal i hele helsetjenesten er en forutsetning for helhetlige pasientforløp. Andelen sykehus som har elektronisk pasientjournal har økt fra 54 prosent i 2001 til 84 prosent i 2003. Det skal normalt kun føres en pasientjournal for hver pasient innenfor en virksomhet. Denne skal benyttes av alle kategorier helsepersonell som yter pasienten helsehjelp. Forskjellige virksomheter kan ikke benytte felles pasientjournaler.

Samspill 2007 inneholder en strategi for å stimulere til økt bruk av elektronisk pasient journal og videreutvikling av dagens løsninger.

#### Informasjonsutveksling

Henvisninger og epikriser utgjør det største volumet for informasjonsutveksling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Elektronisk henvisning og epikrise innebærer at informasjonen sendes fra journalsystemet hos avsender til journalsystemet hos mottaker. Dette innebærer at informasjonen går raskere, at begge parter unngår dobbeltarbeid og reduserer sannsynlighet for feilskriving ved at pasientinformasjon ikke må skrives manuelt inn i journalsystemene flere ganger. Sikkerheten øker ved at innholdet i informasjonen ikke sendes feil eller kommer bort. Tjenesten vil kunne gi besparelser i

form av sparte utgifter i forbindelse med produksjon og sending av dokumenter i posten, samt frigjøre ressurser både på legekantor og i sykehus.

Utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling er variabelt landet sett under ett. I løpet av 2004 har omtrent alle sykehus og legekantor i Nord-Norge tatt i bruk sending og mottak av elektronisk henvisning og epikrise. Løsningene er basert på nasjonale meldingsstandarder. Løsningene kan derfor tas i bruk av alle sykehus og legekantor i landet, dersom deres journalleverandør og kommunikasjonsleverandør har implementert standardene og løsningene.

#### *Telemedisin*

Begrepet brukes i betydningen medisinsk diagnostikk og behandling hvor digital informasjonsteknologi tas i bruk for å overføre pasientinformasjon. Telemedisin gir økt mulighet til å tilpasse tjenesten til riktig nivå i behandlings- og omsorgskjeden og kan gi kvalitetsgevinster for pasientene ved å unngå lange reiseveier.

Det er store variasjoner mellom regionene når det gjelder bruk av telemedisin. Selv om telemedisin per i dag i forholdsvis begrenset grad er i rutinetjeneste, er hovedinntrykket at de regionale helseforetakene vurderer telemedisin som et viktig virkemiddel for effektivisering av helsetjenesten, ved reduserte syketransportkostnader og mer effektiv spesialisttid.

Det er etablert spesialisttakster for noen telemedisinske anvendelser. Det er imidlertid ikke etablert takster for den som assisterer spesialisten i primærhelsetjenesten.

#### *Kommuneprogram*

Strategien for 2004 – 2007 har vektlagt økt fokus på kommunal helse- og sosialtjeneste, gjennom et eget ”kommuneprogram”. I løpet av høsten 2004 ble 6 kommunale fyrtårn valgt ut til å gjennomføre prosjekter av nasjonal nyskapende karakter og som skal ha overføringsverdi til andre kommuner. Fyrtårnene skal identifisere behov, gevinstpotensial og prøve ut mulige løsninger for elektronisk samarbeid innen kommunal helse- og sosialtjeneste og med spesialisthelsetjenesten.

Kommunene skal gjennomføre prosjekter med ulike vinklinger og anvendelsesområder. De kommunale prosjektene fokuserer blant annet på elektroniske løsninger for bedre legemiddelbehandling, individuelle planer, distriktsmedisinske sentre og interkommunalt samarbeid.

#### *Legemiddelbruk herunder eResept*

I 2004 ble det gjennomført et forprosjekt for en e-reseptløsning for å ivareta behovet for kontroll og forvaltning av reseptpliktige produkter. Med bakgrunn i forprosjektet ble det i statsbudsjettet for 2005 bevilget 40 millioner kr. til oppstart av et prosjekt for innføring av elektroniske resepter (eResept). Løsningen skal bidra til å effektivisere legemiddelforvaltningen i trygdeetaten og Legemiddelverket og ellers kvalitetssikre og effektivisere overføring av reseptinformasjon fra lege til apotek. Innføring av e-resepter er tenkt koplet til et effektivt informasjonssystem ift. forskrivning, bruk, virkning og refusjonsregler for legemidler. Hensikten er å legge til rette for bedre etterlevelse av regelverket for legemiddelbruk.

#### **Boks 3.3 Fyrtårnprosjektet i Trondheim**

Fyrtårnprosjektet i Trondheim kommune har som overordnet mål å bidra til sikrere håndtering av legemidler når helsepersonell samarbeider om behandling av pasienter utenfor sykehus. Målet er å minske risikoen for feilmedisinerings.

Bedre håndtering av legemidler skal nås ved å:

- fremskaffe detaljert informasjon omkring behov og prosesser i håndtering av legemidler i hjemmetjenestene
- utvikle ny teknologi for deling av legemiddelinformasjon mellom samarbeidende parter
- implementere teknologien og organisere tjenestene i henhold til dette og kartleggingen
- skaffe til veie kunnskaper om hva man kan oppnå med informasjonsteknologi på området

Prosjektet skal utarbeide løsninger for å sende automatiske meldinger mellom:

- fastlegen og hjemmesykepleien
- St. Olavs Hospital og fastlegene/hjemmesykepleietjenestene
- mellom fastleger og sykehjem
- mellom sykehjem og hjemmesykepleien

Ved oppdatering av medisinalister skal disse overføres via Norsk Helsenett i godkjent teknisk løsning som ivaretar nødvendige sikkerhetskrav.

Flere aktører, blant annet Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonal IKT og Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) vurderer mulige løsninger for en helhetlig og oppdatert oversikt over pasientens legemiddelinformasjon, gjennom en "kjernejournal", felles elektronisk legemiddelkort eller lignende.

### 3.3 Tilsynsordninger og ombudsordninger

---

#### 3.3.1 Tilsyn og samhandling

Tilsynsmyndighetene har en viktig oppgave i å påpeke hvor svikt i samhandlingen kan skje og faktisk skjer. Samhandling har også vært et eget tema i flere av tilsynsrapportene de siste årene.

Fylkeslegene ble fra 1. januar 2003 integrert i fylkesmannsembetene, men i tilsynssaker opptrer tilsynsmyndigheten som Helsetilsynet i fylket, for eksempel "Helsetilsynet i Nordland" og er direkte underlagt Statens helsetilsyn. Dette innebærer blant annet at fylkesmannen ikke kan instruere i disse sakene.

Etter tilsynsloven skal Helsetilsynet i fylket føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket, og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket, jmf § 2.

Dette innebærer at det er Helsetilsynet i fylket som fører tilsyn både med alt helsepersonell, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tilsynsmyndighetene skal medvirke til at:

- befolkningens behov for sosiale tjenester og helsetjenester ivaretas
- tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- svikt i tjenesteytingen forebygges
- ressursene brukes på en forsvarlig og effektiv måte

Tilsynet retter sin tilsynsaktivitet inn mot områder med stor fare for svikt og hvor svikt får store konsekvenser. Et slikt område er samhandling mellom ulike tjenester og ulike nivåer. Tilsynet arbeider med å utvikle sin tilsynaktivitet på en slik måte at det forebygger svikt knyttet til samhandling.

#### 3.3.2 Pasientombudsordningen

Pasientombudsordningen ble lovhjemlet ved innføringen av pasientrettighetsloven. Pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor spesialisthelsetjenestene og arbeide for å bedre kvaliteten i tjenestene. Det lovhjemlede pasientombudet trådte i kraft 2. juli 1999. Det er anført i Ot. prp. nr. 12 (1998-99) lov om pasientrettigheter at det på lengre sikt er ønskelig at en pasientombudsordning også omfatter kommunehelsetjenesten.

Det er totalt 19 pasientombud, fordelt på landets 19 fylker. Pasientombudene har siden 2002 administrativt vært en del av Sosial- og helsedirektoratet.

## Kapittel 4

# Samhandlingen i helsetjenesten

Samhandlingen i helsetjenesten er omfattende med et mangfold av aktiviteter hvor ulike aktører deltar. Det vil føre for langt å gjennomgå alle deler av denne samhandlingen. Denne beskrivende delen vil derfor være avgrenset til å gi et overblikk over ulike typer av samhandlingsrelasjoner og samhandlingsarenaer.

### 4.1 Ulike samhandlingsbehov

Ulike samhandlingsbehov kan forenklet beskrives gjennom tre hovedkategorier se boks 4.1.

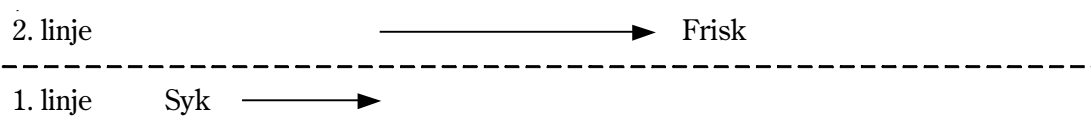
Den første kategorien kan beskrives som at pasienten blir syk og kontakter kommunehelsetjenesten, henvises til spesialisthelsetjeneste og får behandling, og blir (raskt) frisk, (forløp A i boks 4.1). Her er samhandlingsbehovet knyttet til overgangssituasjonen mellom nivåene. Utvekslingen mellom 1.linje (kommunehelsetjenesten) og 2.linje (spesialisthelsetjenesten) skjer vanligvis ved at

henvisning blir sendt fra fastlege til spesialisthelsetjenesten, og epikrise sendes til fastlege etter endt behandling. Samhandlingen er enkel. Helsetjenesten er i stor grad bygget opp med denne typen behandlingsforløp for øye.

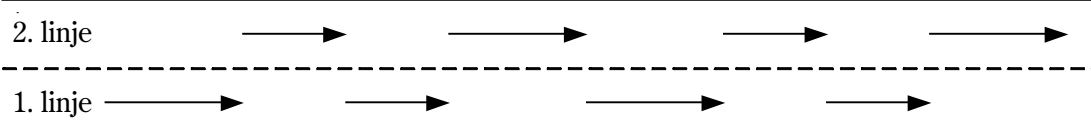
En annen kategori samhandling er når pasienten har vekselvis behov for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste (forløp B). Dette kan være typisk for pasienter som er syke over tid, som har sammensatte symptomer eller en kronisk lidelse som forverres i perioder, eventuelt andre sykdoms- og helsetilstander som gjør at pasienten trenger tilbud på begge nivåer som er gjensidig avhengige av hverandre. Den samme utvekslingen som i forløp A må gjentas det nødvendige antall ganger i dette forløpet, og det må sikres at de tjenestene som følger opp pasienten deltar i informasjonsutvekslingen i takt med oppgavene de har. Kompleksiteten i samhandlingen øker når det blir overføringer mellom tjenester flere ganger.

#### Boks 4.1 Ulike samhandlingsbehov

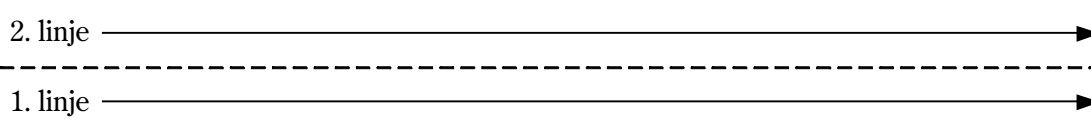
Forløp A: I overgangssituasjoner:



Forløp B: Når tilbudene er gjensidig avhengig av hverandre



Forløp C: Når kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal yte tjenester samtidig





I den siste kategorien av samhandling vil pasienten trenge tjenester fra begge nivåene, og dette kan også være fra flere deler av spesialisthelsetjenesten og ulike deler av kommunehelsetjenesten samtidig, (forløp C). For disse pasientene er kvaliteten på samhandlingen avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet. Samtidig behandling fra flere instanser gir høy kompleksitet i samhandlingen. I tillegg til henvisninger og epikriseutvekslingen mellom behandlere og tjenester som forløp A og B er det behov for et koordinerende ledd for å få en smidig samhandling

Det er først og fremst pasienter i gruppe C og i noen grad gruppe B som er gjenstand for oppmerksomhet i denne utredningen.

## 4.2 Samarbeid om pasienten i ulike faser av behandlingsforløpet

Sintef Helse presenterer en modell for fasene i et pasientforløp som ramme for beskrivelse av utviklingstrekk og samspill mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste (Kalseth m.fl. 2004). Et pasientforløp kan deles inn i disse fasene:

- Utredning/diagnose
- Medisinsk behandling
- Pleie/omsorg
- Medisinsk oppfølging
- Habilitering og rehabilitering

En slik modell er en forenkling som framstiller behandlingsløpet som en rettlinjet prosess der fasene er avgrenset fra hverandre. Slik er det som regel ikke i praksis, men det er likevel nyttig å ta som utgangspunkt for å få fram prosessene samhandlingen skal virke i.

### *Utredning og diagnose*

Utredning ved sykdom eller mistanke om sykdom gjennomføres for de fleste pasientene hos fastlegen med mindre akutt sykdom har medført behov for bruk av legevaktlege og eventuell sykehusinnleggelse. Fastlegen har også en "portvaktfunksjon" med hensyn til videre henvisning til undersøkelser og vurderinger i spesialisthelsetjenesten hvis det er nødvendig for å avklare den medisinske tilstanden og finne fram til den rette behandling. For pasienter med et komplisert eller sammensatt sykdomsbilde kan det være aktuelt med bred samhandling allerede i utredningsfasen.

Noen sykehus bruker pasientansvarlig lege eller en koordinerende enhet for de pasientene

som må utredes ved flere avdelinger. Der slike funksjoner ikke finnes i sykehuset har fastlegen dette ansvaret, også for utredninger innen samme helseforetak. Med denne ordningen blir pasienter skrevet ut og lagt inn på nytt av sin fastlege, og utredning/behandling på ulike områder i sykehuset blir dermed koordinert eksternt.

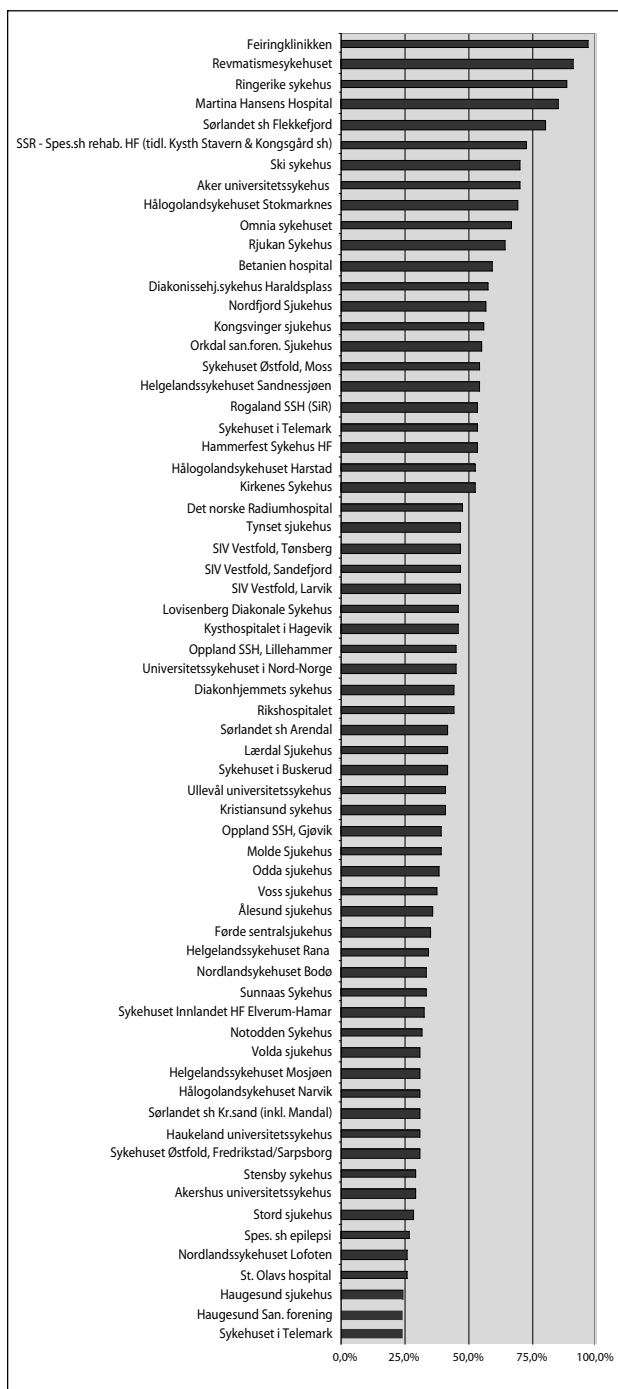
Ruspasienter kan henvises også av sosialtjenesten, og pasienter til barne og ungdomspsykiatrien kan henvises av barnevernstjenesten, og dette innebærer at flere yrkesgrupper kan være henvisere. For mange av disse pasientene er det også behov for en flerfaglig utredning, og den medisinske diagnosen må i noen tilfeller suppleres av en psykologisk, rusfaglig eller psykososial vurdering for å få underlag for et godt behandlingsforslag.

### *Medisinsk behandling*

Behandling kan gis av fastlege eller spesialist, men vil for pasienter med kroniske sykdommer eller sammensatte lidelser ofte skje i et samarbeid. For pasienter med gjentatte sykehusinnleggelse eller hyppige polikliniske besøk kan dette medføre betydelige samhandlingsproblemer, dels fordi informasjon om pasienten ikke skjer raskt og fullstendig nok mellom nivåene, dels fordi fastlegen må forholde seg til flere forskjellige leger ved sykehuset.

Det påhviler fastlegen et stort ansvar gjennom henvisningsskrivet (til for eksempel sykehus eller sykehjem) å utdype graden av alvor i pasientens tilstand, slik at forsinkelser eller misforståelser mellom nivåene ikke fører til funksjonstap eller tap av liv.

Det er lite direkte samspill med henvisende lege mens pasienten behandles på sykehus. Det er imidlertid kontakt med andre deler av kommunehelsetjenesten. En del sykehusavdelinger har etablert rutiner som medfører at de allerede ved innleggelsen starter forberedelsene til utskrivning for pasientene som antas å trenge oppfølging etter sykehusoppholdet. En tidlig kontakt med pleie- og omsorgstjenestene i kommunen klargjør også pasientens funksjonsnivå før den akutte episode inntraff. Omfanget av nødvendige hjelpetjenester endres ofte under oppholdet og krever flere kontakter mellom nivåene. Halvparten av sykehusene i Norge hadde i 2003 egne kontaktpersoner som håndterte kontakten med kommunene om utskrivningsklare pasienter med behov for hjemmetjenester eller fortsatt pleie, og disse bidrar til å justere slike rutiner (Kjekshus m.fl. 2004).



Figur 4.1 Andel epikriser sendt innen 7 dager

Når det er behov for å samordne flere tjenester og klarlegge ressursene i pasientens nettverk er det vanlig å sammenkalle partene til et samarbeids-møte. Sykehuset ved kontaktsykepleier eller sosio-nomtjeneste kan ta initiativ til et slikt møte, eller pleie og omsorgstjenesten i hjemkommunen kan gjøre det, etter forespørsel fra pårørende eller fra sykehuset.

Utskriving av pasienten fra spesialisthelsetjenesten skal følges av en epikrise. Epikrisen skal gi informasjon som er relevant for den videre oppføl-

ning av pasienten, herunder en oppdatert medikamentoversikt og pleieopplysninger til de som har ansvar for daglig pleie eller tilsyn. Epikrise fra behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten skal sendes til henvisende lege innen 7 dager (nasjonal standard).

Data fra 2004 viser at bare 5 av 65 sykehus har tilfredsstillende måloppnåelse (over 80 prosent) på epikrisetid innen 7 dager. De regionale helseforetakene er pålagt å forbedre disse resultatene.

Når det er behov for at andre tjenesteytere får kopi av epikrisen må dette avtales med pasienten, og i noen tjenester er det etablert rutiner som sikrer at disse opplysningene kommer fram til alle som trenger dem.

### Pleie og omsorg

Pasienten vil under hele sykdomsforløpet ha behov for at personalet viser omsorg. I den akutte fasen kan ofte også behovet for pleie være omfattende. Noen pasienter vil også ha et behov for pleie- og omsorgstjenester etter utskrivningen fra sykehuset. Kommunen avgjør, i samråd med pasienten og/eller pårørende, omfanget av tjenestene på bakgrunn av en faglig vurdering. I vurderingen av tjenestebehovet er det ofte nødvendig med kontakt med spesialisthelsetjenesten.

I noen sykehjem er det etablert intermedieenheter eller senger med sykestuefunksjon hvor pasienten kan få en tettere oppfølging enn det er mulig å gi i hjemmet, i en omsorgsbolig eller på en vanlig sykehjemsplass. Disse enhetene kan opprettes i samarbeid mellom kommune og sykehus og medfører at pasienter med betydelig pleie- og omsorgsbehov tidligere blir utskrivningsklare fra sykehuset. Enhetene kan også benyttes for observasjon og behandling av pasienter med plutselig oppståtte eller forsterkede pleiebehov på bakgrunn av en enkel akutt sykdomsepisode eller oppblussen av kronisk sykdom. Ved avklarede sykdomsbilder bidrar disse plassene til å overflødiggjøre sykehusinnleggelse.

Det er også etablert hospiceenheter for lindrende behandling som et samarbeid mellom sykehus og sykehjem. Noen desentraliserte spesialisthelsetjenester, cytostatika- og dialysebehandling, gis også på sykehjem i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

### Medisinsk oppfølging

Den medisinske oppfølging av pasientene etter akutt sykdom eller av pasienter med kroniske lidelser skjer for de aller fleste hos fastlegen. Ved

enkelte tilstander kan det være behov for at oppfølging over kortere eller lengre tid skjer ved sykehusets poliklinikk eller hos en privatpraktiserende spesialist. Opprettelsen av spesialiteten i almenmedisin, nettbasert tilgang til oppdatert kunnskap og sykehusenes oppmerksomhet på ventelister har ført til at flere pasienter får både bedre og tettere oppfølging hos sin fastlege i dag enn de tidligere gjorde ved kontroller hos vekslende leger ved sykehuset. Pasienter som utskrives til sykehjem følges opp av tilsynslegen. Noen av pasientene som skrives ut fra psykiatrisk sykehus får oppfølging i DPS (distriktpsykiatrisk senter).

Når det gjelder de eldste pasientene med sammensatte sykdomsbilder viser undersøkelser (Stuck m. fl. 1993) at opphold i en geriatrisk avdeling med oppfølging fra spesialisthelsetjensten etter utskrivning i samarbeid med kommunehelsetjensten er det som gir best effekt både med henblikk på muligheten til å komme tilbake til hjemmet og når det gjelder overlevelse.

#### *Habilitering og rehabilitering*

Betegnelsen "habilitering og rehabilitering" refererer til en prosess. Habilitering og rehabilitering er, i henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering, "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt i samfunnet."

Rehabilitering bør startes så raskt som mulig etter funksjonssvikt, akutt skade eller er sykehusinnleggelse. Det er viktig at rehabiliteringstiltakene bygges opp som en sammenhengende kjede for den enkelte pasient. Hvis et ledd faller bort slik at pasienten får pauser i sitt rehabiliteringsprogram kan de settes betydelig tilbake og kanskje få permanent svekket funksjonsnivå. Dette stiller store krav både til det tverrfaglige samarbeid i den enkelte kommune og til samarbeid mellom sykehus og kommune i utskrivningsfasen.

Opptreningsinstitusjonene har i denne fasen gitt gode tilbud til en del pasientgrupper, men siden de færreste av disse institusjonene tar imot pasienter som fortsatt har hjelp- eller pleiebehov så har et stort antall pasienter vært henvist til opptreningsstilbudet som er etablert ved sykehjemmene.

Rehabilitering kan også være aktuelt etter behandling for psykiske lidelser og rusproblemer. Pasienter som er i fortsatt utvikling for å mestre sykdomsplager og forbedre evnen til å fungere på ulike livsområder følges opp med aktive tiltak i

kommunale tjenester. Det kan være behov for kompetanse til kommunen i oppfølgingen av rus og psykiske lidelser.

### **4.3 Faglig samarbeid mellom behandlere**

Helsearbeidere knytter kontakt med kommende kolleger allerede i utdanningen, og har en felles faglig plattform for samarbeidet fra utdanningen.

På noen områder er det i økende grad tatt i bruk tverrfaglig kursing, veiledning og videreutdanning. Dette gjelder særlig på områder der det er behov for samordnet tverrfaglig innsats. Da er det aktuelt med innsats fra flere yrkesgrupper som arbeider på tvers av den enkelte helsearbeiders plattform og spesialisering. Rehabilitering og psykisk helsearbeid er eksempler på dette. I denne type arbeid fokuseres det på tverrfaglige tilnærminger til oppgaver som ikke kan løses av det ene eller det andre faget alene.

#### *Hospitering*

Hospitering er en metode for å kombinere læring av teori og praktiske grep, og blir brukt i stor grad i helsesektoren. Metoden kan ha forskjellige former, men den baserer seg på at helsepersonell (ferdigutdannede og under utdanning) arbeider ved andre institusjoner enn der de opprinnelig har sitt virke. Hospitering kan bidra til at helsepersonell i større grad får innsikt i andres arbeidssituasjon som da kan slå ut i bedre pasientsamhandling. En vanlig form for hospitering er at helsepersonell i kommunehelsetjenesten hospiterer i spesialisthelsetjenesten, men det finnes eksempler på det motsatte.

#### *Praksiskonsulentordninger*

Praksiskonsulentordningen (PKO) startet som et nettverk av allmennleger og sykehusleger med siktemål å bedre samhandling mellom sykehusavdelinger og kommunehelsetjeneste. Ordningen er i Trondheim også utvidet til flere yrkesgrupper. I Danmark har ordningen utviklet seg til en viktig faktor i samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Ordningen har blant annet som mål å forbedre rutineene i arbeidet for pasienter med samtidige behov for helsehjelp i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Den skal legge til rette for god funksjonsdeling, koordinerte pasientforløp, enkel og arbeidssparende informasjonsoverføring

og teamarbeid. Ordningen benytter seg av flere virkemidler, som pasientforløpsanalyser, hospitering, kliniske retningslinjer, møter om fag og organisering, avtaleverk for samarbeid og elektronisk kommunikasjon og informasjonsoverføring.

#### *Kompetansesentre*

Kompetansesentrene står for spredning og videreutvikling av kompetanse på et fagfelt, og skal drive veiledning og opplæring ut mot fagmiljøene og helsepersonell på sykehus, samt mot pasienter og pårørende. I utgangspunktet har ikke kompetansesentrene ansvar for pasientbehandling. Det er ansett som hensiktsmessig at pasientbehandling er knyttet til virksomheten for å bidra til at kompetansen er relevant for praksis.

Bakgrunnen for å bli tildelt eller påta seg en kompetansesenterfunksjon, er at man fra før har utviklet særskilt kompetanse på feltet som andre kan dra nytte av. Kompetansesentrenes oppgaver består i tillegg til forskning og kompetansespredning blant annet i å opprette et relevant register over funksjonens virksomhet.

#### **Boks 4.2 Praksiskonsulentordningen i Stavanger**

Praksiskonsulentordningen (PKO) ved Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR), nå Stavanger universitetssjukehus (SUS), ble etablert i 1998, som et samarbeid mellom Rogaland legeförening, Fylkeslegen og Fylkeskommunen/sjukehuset. I dag består ordningen av i alt 10 praksiskonsulenter og en praksiskoordinator (allmennleger i deltidsstillinger), foruten tre faste medlemmer ansatt i heltidsstillinger ved sykehuset. I tillegg til de møtene praksiskonsulentene har på sine respektive avdelinger, møtes alle en gang i måneden for å utveksle idéer og diskutere aktuelle problemstillinger knyttet til samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Praksisnytt er et viktig medium for informasjon begge veier. Det sendes ut til alle leger i Rogaland, og kan leses på <http://praksis.sir.no>. Hospiteringsuke for allmennleger er et viktig virkemiddel for å fremme godt samarbeid mellom de to nivåene i helsevesenet. Det gjøres et kontinuerlig evalueringsarbeid for å bedre pasientflyt og pasientbehandling. Et overordnet mål er å bryte ned barrierene mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

#### *Veiledning*

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten forvaltes på mange ulike måter, og det er ikke gjort systematisk kartlegging av hvordan den fungerer i helsetjenesten som helhet. Denne veiledningsplikten er forankret i spesialisthelsetjenesteloven.

#### *Tverrfaglig kompetanseutvikling*

Felles kompetanseutvikling for kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten finner sted i mange varianter.

Noen sentrale kompetansutviklingsprogrammer går på tvers av yrker og/eller tjenestenivåer. Dette gjelder blant annet:

- tverrfaglig rehabiliteringsutdanning, i regi av Høgskolene.
- seprep-utdanning (Utdanning ved Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser)
- opplæring i palliativ pleie og smertelindring

#### **4.4 Formaliserte avtaler om samarbeid**

Kommuner og foretak har ikke plikt til å inngå avtaler med hverandre om samhandling, verken i forhold til enkeltpasienter eller om forhold på systemnivå. I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene er det imidlertid for 2005 lagt inn krav om at DPSene skal inngå avtaler med kommuner med hensyn til oppfølging og utskrivning av enkeltpasienter og veiledning av 1. linjen (kommunehelsetjenesten).

Til tross for dette blir avtaler i stadig økende grad brukt for å regulere et mer formalisert samarbeid mellom tjenestenivåene. Særlig har samarbeidsavtaler blitt ett av virkemidlene for å ivareta pasientens behov for en sammenhengende behandlingsskjede.

Avtalene mellom kommuner og foretak har en svært ulik utforming og regulerer ulike deler av tjenesteområdet (se vedlegg med eksempel fra Trondheim kommune). Enkelte avtaler har en ensidig fokusering på håndtering av utskrivingsklare pasienter, mens andre bærer preg av større gjensidighet mellom partene og regulerer en rekke forhold. Avtalene sikrer rutiner ved informasjonsoverføring, gode samarbeidsrutiner for innleggelse og utskrivning, samt retningslinjer for håndtering av uenighet. Avtalene kan også regulere veiledning og kompetanseoppbygging. Samarbeidsavtalene inngås mellom helseforetak og kommunene i opptaksområdet.

Noen helseforetak og kommuner inngår separate avtaler for ulike områder som somatikk, rus, psykisk helsevern og eventuelt også med barne- og ungdomspsykiatri som eget område. Andre helseforetak og kommuner søker å integrere helsetjenestene i distriktet i en felles avtale. Det varierer om det er helseforetaket eller kommunen som tar initiativ til avtaleinngåelsene. Oslo kommune har for eksempel tatt initiativ til en overordnet samarbeidsavtale for psykisk helsevern med de fem helseforetakene som har kommunen i sitt opptaksområde, og de femten bydelene skal inngå samarbeidsavtaler med sine respektive helseforetak. Helse Øst påla sine foretak om å inngå avtaler, gjerne felles for alle helsetjenester.

Helse Midt-Norge har rustiltakene i et separat helseforetak, og inviterer nå kommunene i helseregionen til å inngå samarbeidsavtaler. Samarbeidet mellom rusfeltet og psykisk helsevern er blitt styrket og alle henviste pasienter får en tverrfaglig vurdering av sitt behandlingsbehov.

De regionale helseforetakenes nasjonale gruppe for samhandling har gått gjennom er rekke eksempler på samarbeidsavtaler, og har oppsummert forhold ved avtalene som har spesiell betydning for å få gode avtaler.

#### 4.5 Krav om samhandling i regelverket

Det er flere bestemmelser i dagens helse- og sosiallovgivning som inneholder krav om og plikt til samarbeid/samhandling både på individ- og systemnivå. Det er gitt regler som inneholder plikt for det enkelte helsepersonell til å samarbeide med pasienten, men også regler om samarbeid mellom tjenesteytere og virksomheter og forvaltningsnivåer. I det følgende gis en kort beskrivelse av de mest sentrale samhandlingsbestemmelsene.

##### *Lov om pasientrettigheter*

Lovens kapittel 3 om rett til medvirkning og informasjon og kapittel 4 om samtykke inneholder sentrale bestemmelser når det gjelder samspillet mellom pasient og helsetjeneste. De bestemmelsene som gir tilsvarende plikter for tjenesten følger i all hovedsak av helsepersonelloven. I forskrift om habilitering og rehabilitering § 5 er det stilt særskilt krav om at kommunen og det regionale helseforetak skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringsprogram. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

Pasientrettighetsloven § 2-2 gir pasient som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Denne bestemmelsen skal bidra til å sikre tilgang til en rask nok behandling i spesialisthelsetjenesten og innebærer krav til samhandling mellom henvisende lege og sykehuset.

##### *Særlig om individuell plan*

Pasientrettighetsloven § 2-5 gir pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan. Plikten til å utarbeide planen følger av kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. For pasienter under psykisk helsevern har institusjonen ansvar for å utarbeide individuell plan for vernet, jf. psykisk helsevernloven § 4-1. Fra 2004 er individuell plan også en rettighet etter sosialtjenesteloven for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er helt sentrale bestemmelser i arbeidet med å samordne ulike tjenestetilbud.

Det er flere formål med individuell plan. Den skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Den skal videre sikre pasientens medvirkning ved at planen tar utgangspunkt i pasientens egne mål, ressurser og behov for tjenester. Individuell plan skal også styrke samhandlingen mellom tjenesteytere, pasient og eventuelt pårørende, samt mellom tjenesteytere og etater på ulike tjenestenivå og bidra til avklaring av roller, ansvar og forutsigbarhet. Planen gir ikke pasienten større rett til tjenester enn det som følger av hjemmelsgrunnlag og tilgjengelige ressurser i de enkelte tjenester, men er en viktig premisse for å se tjenestene i sammenheng og derved bidra til å utløse ressurser/tjenester.

Har pasienten behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunen og helseforetaket samarbeide med disse. Det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient. Både kommunen og helseforetaket har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes. Det vil derfor variere hvilken instans som tar initiativ til å få satt i gang planprosessen, og hvilken instans som tar koordineringsansvaret. Verken kommunehelsetjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven gir det ene forvaltningsnivå noen sterkere plikt enn det andre. Planarbeidet skal skje i samarbeid med tjenestemottaker.

### *Lov om helsepersonell*

Lovens § 4 pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Forsvarlig virksomhet vil ofte innebære plikt til samarbeid med annet helsepersonell og med andre tjenestetilbud. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan har til forsvarlig virksomhet, jamfør spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og tannhelsetjenesteloven § 1-3. I tillegg pålegger lov om helsepersonell § 16 virksomheter som yter helsehjelp en generell plikt til å organisere seg slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette vil for eksempel innebære krav om forsvarlig organisering av arbeidet når det gjelder skiftordninger, dokumentasjonssystemer, opplæring, legemiddelhåndtering og så videre.

Med mindre pasienten motsetter seg det, gir lovens § 25 adgang til å formidle taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Dette gjør det mulig å gi opplysninger til andre deler av tjenesteapparatet og således sikre at andre tjenesteytere har den informasjonen de trenger for å kunne gi pasienten nødvendig oppfølging. Helsepersonelloven § 25 er en sentral bestemmelse i et samhandlingsperspektiv.

### *Særlig om epikrise*

Etter forskrift om pasientjournal § 9 skal helseinstitusjoner ved utskrivning sende en epikrise til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist. Bestemmelsen inneholder krav om at epikrisen skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. Dette er gjentatt i forskrift om fastlegeordning i kommunene § 8 der det vises til at helseinstitusjon ved utskrivning av pasient skal orientere fastlegen på forhånd slik at denne kan tilrettelegge allmennlegetilbudet til pasienten. Her er det også vist til at fastlegen skal få tilsendt epikrise.

### *Lov om spesialisthelsetjenesten*

Lovens § 6-3 pålegger helsepersonell å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger

om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Plikten omfatter alle ansatte i statlige helseinstitusjoner eller personell som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, for eksempel private lege- og psykologspesialister med driftstilskudd. Veiledning skal gis både av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten. Alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter omfattes av begrepet "helsemessige forhold".

Såfremt pasienten ønsker det, skal spesialisthelsetjenesten etter lovens § 3-15 varsle sosialtjenesten i god tid på forhånd ved utskrivning av rusmiddelmissbrukere som har behov for tiltak fra sosialtjenestens side. Ved utskrivning etter innleggelse av rusmisbrukere i henhold til sosialtjenesteloven, men uten eget samtykke etter sosialtjenesteloven, skal sosialtjenesten alltid varsles.

### *Forskrift om habilitering og rehabilitering*

Denne forskriften inneholder mange viktige bestemmelser i et samhandlingsperspektiv, men er altså avgrenset til å gjelde habiliterings- og rehabiliteringstjenester (tidsavgrensede prosesser). Her kan nevnes noen eksempler :

#### *§ 8*

Krav om en koordinerende enhet for (Re-)/habiliteringsvirksomheten i kommunen. Tjenestene som tilbys skal være synligere og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. Kommunehelsetjenesten skal ved behov samarbeide med sosialtjenesten og andre samarbeidende etater.

#### *§ 11*

Krav om at kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra hjelpemiddelsentralen eller andre relevante instanser.

#### *§ 13*

Krav om en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over re-/habiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med re-/habiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.

#### §14

Krav om at det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at personell i spesialisthelsetjenesten skal kunne melde mulige behov for re-/habilitering som personellet blir kjent med i tjenesten.

#### § 16

”Det regionale helseforetaket skal sørge for

1. råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere,
2. samarbeide med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og om utarbeiding av individuelle planer
3. gi generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen
4. samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte”

#### §17

Krav om at re-/habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.

#### *Lov om helsetjenesten i kommunene og lov om sosiale tjenester*

Kommunen er underlagt et forsvarlighetskrav til tjenesten, jf. kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det innebærer bl.a. at kommunen i den grad det er nødvendig også må samarbeide med personell fra spesialisthelsetjenesten. Særlig vil det i forbindelse med vurderinger, utskrivninger og henvisninger være nødvendig med samarbeid fra spesialisthelsetjenesten for å sikre at tjenstemottakeren mottar nødvendige tjenester.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-4 pålegger kommunen å samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Etter sosialtjenesteloven § 3-2 skal kommunen samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter denne loven. Bli det påvist mangler ved de tjenester som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med et særlig hjelpebehov, skal sosialtjenesten om nødvendig ta opp saken med rette vedkommende. Er det uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal sosialtjenesten søke å klargjøre forholdet.

#### *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*

Forskriften regulerer framgangsmåten for hvordan helseforetak kan kreve betaling for utskrivningsklar pasient i påvente av et kommunalt tilbud. Forskriften gjelder i de tilfeller der kommuner og helseforetak ikke har inngått egen avtale om overføring av utskrivningsklare pasienter. Forskriften gjelder ikke for psykiatriske sykehus. Døgnprisen er satt til kr. 1600,- og kan tidligst kreves inn 10 dager etter at kommunen skriftlig er varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Det er sykehuset som avgjør når pasienten er utskrivningsklar (se forøvrig utvalgets undersøkelse i vedlegget vedrørende bruken av kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter).

#### *Lov om helseforetak*

Etter lov om helseforetak § 41 skal foretak ”samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivningen. Foretaket kan også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta.” Det fremgår av merknadene til bestemmelsen at ansvaret også omfatter det å etablere gode samarbeidsrelasjoner i forhold til primærhelsetjenesten og å arbeide for at behandlingsskjeden sett under ett skal bli av tilstrekkelig god kvalitet. Regionalt helseforetak har også i denne sammenheng et særlig ansvar for god utnyttelse av de totale ressursene i regionen, både de faglige og de økonomiske ressursene.

Det vil være foretakets vedtekter og de oppgaver og ansvar eier har lagt på det enkelte foretak, som trekker opp rammen for innholdet av det enkelte foretaks initiativansvar og resultatansvar når det gjelder samarbeid med andre. Regionalt helseforetaks ansvar omfatter et tilsynsansvar for at helseforetakene samarbeider på områder der det vil gagne den totale helsetjenesten i regionen, ikke bare det ansvaret for helsetjenester som direkte er pålagt i lovverket. Aktuelle samarbeidspartnere, i tillegg til primærhelsetjenesten, vil være frivillige organisasjoner, herunder brukerorganisasjoner og andre private som arbeider innenfor samme oppgaveområde og med samme formål som foretaket.

#### *Særlig om krav til brukermedvirkning på systemnivå*

I lov om helseforetak § 35 er regionale helseforetak pålagt å sørge for at det etableres systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter på spesialisthelsetjenesten.

Videre skal representanter for pasienter og andre brukere bli hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan for virksomheten for kommende år.

I sosialtjenesteloven § 3-3 er det vist til at sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten.

Det er ikke gitt tilsvarende bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven. I forskrift om habilitering og rehabilitering som bla er hjemlet i denne loven, er det i § 5 vist til at kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomhet.

#### *Internkontroll – "Orden i eget hus"*

Helsetjenesten ble i lov om statlig tilsyn med helse-tjenesten fra og med 1. januar 1994 pålagt å eta-

blere system for internkontroll. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten trådte i kraft 1. januar 2003. Sosial- og helsedirektoratet har i 2004 utgitt en egen veileder for dette arbeidet, IS 1183. Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige tjenester og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til myndighetskrav (lov og forskrift). Internkontroll er derfor et viktig ledelsesverktøy for å oppnå systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Forskriften regulerer nærmere hva som skal til for å ha internkontroll. Ansattes medvirkning og aktiv bruk av brukererfaringer er sentrale momenter.

Oversikten i dette kapittel viser at det er mange lov- og forskriftsbestemmelser som stiller krav til samhandling. Etterlevelse av disse bestemmelsene må derfor på samme måte som for etterlevelse av øvrige myndighetskrav integreres og systematiseres som del av virksomhetens internkontrollsystem.



## Kapittel 5

# Utvikling av sentrale forhold for samhandling

Dette kapitlet peker på generelle utviklingstrekk i helsetjenesten, som har betydning for samhandling. Utvalget ser at disse utviklingstrekkene påvirker samhandlingen i helsetjenesten på en så grunnleggende og gjennomgående måte, at det er viktig at disse forhold er belyst før en i del III analyserer samhandlingen.

### 5.1 Den nye pasientrollen

Den nye pasientrollen i vestlig medisin har utviklet seg fra å være passiv og autoritetstro til å bli langt mer aktivt medvirkende og bevisst. Parallelt med dette har pasientene fått definerte rettigheter. I tillegg har det vokst fram sterke brukerbevegelser. Disse pasientorganisasjonene har fått innflytelse gjennom formell representasjon i offentlige råd og utvalg. I tillegg utøver disse organisasjonene betydelig påvirkning gjennom den offentlige debatt.

Perspektivskiftet fra pasient til bruker anses som en betydningsfull endring i pasient- og behandlerrollen. I tillegg til nye rettigheter har pasientene fått tilgang til faglig kunnskap om faktorer som påvirker helsen og sykdomsutviklingen. Dessuten har pasientene fått økt kunnskap om hvilke tjenestetilbud som finnes. Dette gir bedre grunnlag for deltagelse i valg av behandlingstilbud. Utvalget oppfatter dette som en positiv utvikling.

Likevel er det slik at det er betydelig ulikheter i hvordan pasientene benytter disse mulighetene. Det handler om pasientenes forutsetninger for å tilegne seg denne informasjonen. Pasientperspektivet betyr at tjenesteyterne må være spesielt oppmerksom på grupper av pasienter som har større behov for å bli kjent med sine rettigheter, og få kunnskap om sykdommen og behandlingsmuligheter.

Økte behandlingsmuligheter gjør at svært mange eldre og personer med kroniske lidelser lever lenger med sykdom og derfor har stort behov for å lære og mestre utfordringene i dagliglivet.

### 5.2 Oppgavefordelingen mellom aktører i og utenfor helsevesenet

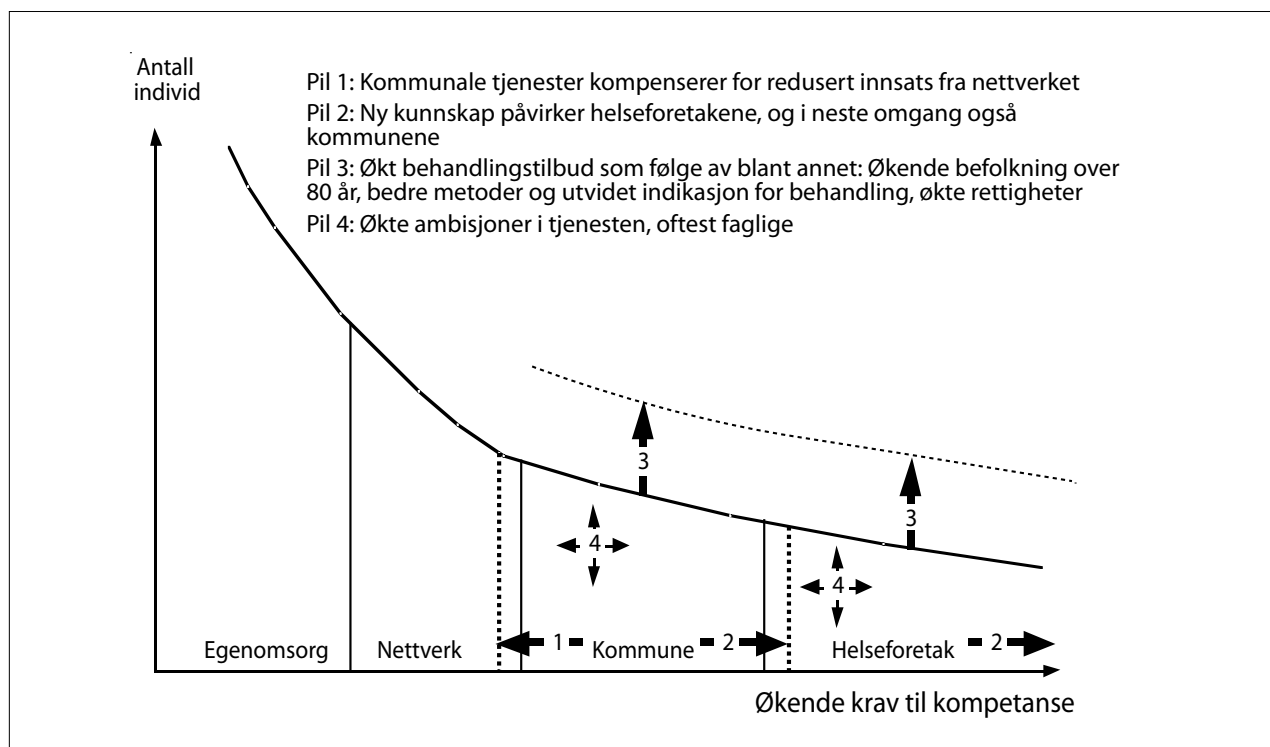
Behandlingsresultatet for pasientene kan sies å være avhengig av summen av innsats fra fire hovedaktører. Individet, familie og sosiale nettverk, kommunen og spesialisthelsetjenesten (sykehus/helseforetak). For å forstå og analysere endringer i helse- og omsorgstjenesten, er det viktig å analysere "arbeidsfordelingen" mellom disse aktørene, se figur 5.1.

Kommunene og spesialisthelsetjenestene (representert ved helseforetakene) deler ansvaret for å tilby tjenestene når individet trenger hjelp for et helseproblem. Kommunene står for det breddeorienterte velferdstilbudet. Helseforetakene skal tilby de spesialiserte behandlingene. I familie og sosiale nettverk inngår også frivillig sektor, der mange av organisasjonene har påtatt seg oppgaver som spenner fra egenomsorg til kommunale tjenester. Nettverkene representerer en betydelig ressurs, som blir spesielt tydelig for pleie- og omsorgssektoren, når syke og eldre ikke lenger mestrer hverdagens krav.

Kommunene og helseforetakene deler det juridiske ansvaret for å yte tjenester. I praksis er det en flytende delelinje, som i stor grad er bestemt av hvordan fagmiljøene finner det hensiktsmessig ut fra tradisjon, kompetansekrav, krav til utstyr og økonomiske styringsmidler. Det er derfor svært forståelig at det nærmest kontinuerlig pågår (og vil pågå) en debatt om de gråsonene som er i denne delelinjen.

Det skjer også formelle og uformelle endringer av ansvars- og oppgaveområdene for hver av aktørene. Offentlig debatt har oftest oppmerksomheten rettet mot den enkelte aktør, kommune eller sykehus, og enda oftere på deltjenester hos en av partene, for eksempel psykiatritilbudet. Dette fjerner forståelsen for at helsevesenet, på samfunnsnivå, er et samspill mellom flere aktører. For eksempel kan en innleggelse i psykiatrien ha sammenheng med kapasitet i kommunen og/eller nettverket.

Utviklingen viser at det stadig skjer endringer i samspillet mellom aktørene. De siste årene har det



Figur 5.1 Illustrasjon av arbeidsdelingen mellom aktørene<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Illustrasjonen er basert på "Kommunal utenrikspolitikk, en oppgave for kommunelege I." Utposten nummer 6, 2000 av Svein Lie

vært en kraftig vekst i tjenestetilbudet, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg skjer det forskyvninger i ansvarsområdet for aktørene. For eksempel er det enighet om at den private omsorgskapasiteten i nettverket har avtatt, betinget bl.a. i endringer i familiestrukturen, herunder langt flere kvinner i yrkesaktivitet. En annen faktor kan være økt oppmerksomhet på kommunens plikt til å yte pleie- og omsorgstjeneste. Det er også eksempler på at kommunene overlater en del hjelpeordninger til andre, for eksempel ved at den kommunale hjemmehjelpen er betydelig redusert, slik at brukerne er henvist til eget nettverk eller private tjenesteytere. Pil 1 i figur 5.1 illustrerer resultatene av disse forskyvningene, ved at kommunale tjenester i sum har måttet kompensere for redusert innsats fra nettverkets side.

Av de to pilene mot høyre (Pil 2 i figur 5.1) illustrerer den til venstre at flere pasientgrupper nå får behandling og oppfølging på kommunalt nivå enn før. Fastlegene har overtatt en del pasientoppgaver som tidligere ble utført på spesialistnivå. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene har fått større oppgaver enn tidligere, blant annet med pasienter som bruker respirator, avansert smertebehandling og i omsorgen for psykisk syke. Grenselinjen for

hvilke oppgaver som skal løses på henholdsvis kommunalt nivå eller i spesialisthelsetjenesten er dessuten avhengig av økonomiske styringsmidler, det lokale samarbeidet mellom kommuner og sykehus og endringer i sykehusstrukturen etter foretaksreformen.

Pilen (pil 2 i figur 5.1) ytterst til høyre viser hvordan ny kunnskap påvirker sykehusene, og i neste omgang også kommunene. De spesialiserte tilbudene i helseforetakene er i konstant utvikling med stadig mer avanserte undersøkelses- og behandlingsmuligheter, til dels for nye pasientgrupper. Noen av disse bidrar til forenkling av eksisterende opplegg, men det er også mange eksempler på at nye metoder har blitt innført uten en bevisst og samlet vurdering av konsekvenser og kost/nytteforhold.

Kommuner og sykehus har det til felles at de skal betjene en økende befolkning, spesielt i de eldste aldersgruppene. Nye undersøkelses- og behandlingsmetoder har ført til at flere får behandling, blant annet med den konsekvens at flere eldre får behandling for langt flere tilstander enn tidligere. De siste årene har befolkningen over 80 år stått for den største veksten i sykehusopphold. Presset på den kommunale eldreomsorgen har også vært stort. Men samtidig merker kommu-

nene en kraftig økning i tilbudene til pasienter under 67 år, blant annet til yngre funksjonshemmede og psykiatriske pasienter. Innføring av økte pasientrettigheter har dessuten bidratt til at flere har krav på behandling.

Det at en større andel av befolkningen får et behandlingstilbud utvider antallet personer under behandling og oppfølging, og gir et økt press på tjenestetilbudene på begge nivåer (pil 3 i figur 5.1).

I en nylig publisert rapport fra SINTEF Helse (Kalseth m.fl 2004) er det dessuten pekt på enda en faktor som har preget utviklingen av kommunale tjenester de siste årene. Kommunene og fagpersonellet har i stor grad levd opp til målsetningene om forbedring av tjenestene til den enkelte pasient, både i volum og kvalitet. Gjennomføringen av gode målsetninger har ført til at det totale omfanget av tjenester har vokst mer enn økningen i antall nye pasienter. Denne veksten har delvis vært ønsket og vedtatt som politisk prioritering. Noe av veksten har etter all sannsynlighet også kommet som følge av økte faglige ambisjoner hos de ansatte. De fleste pasienter og pårørende ser på dette som en positiv utvikling. Det kan likevel være et problem at en betydelig prioritering av de samlede ressursene er forårsaket av fagmiljøene, og skjer utenfor den politiske debatten (pil 4 i figur 5.1).

Pilene i figur 5.1 viser noen av de dominerende kreftene i utviklingen av arbeidsdelingen i helsevesenet de siste årene. I tillegg kommer en lang rekke andre forhold. For eksempel har fastlegeordningen ført til forbedringer i lege-pasientforholdet, men det er uttrykt bekymring for at fastlegene synes forholdsvis lite involvert i behandlingen av pasientene med de tyngste pleie- og omsorgsoppgavene i mange kommuner. På sykehussiden har økt spesialisering og funksjonsfordeling ført til økende logistikkutfordringer innad i sykehuset, i tillegg til at hvert sykehus må forholde seg til flere kommuner.

Private kommersielle aktører vil også i framtiden kunne spille en rolle innen bestemte nisjer i helsetjenestemarkedet. Aktiviteten vil oftest være knyttet til elektive pasienter med avgrensede diagnoser og problem. Innen slike felt har private til-

bud bidratt med effektive og gode løsninger som samtidig har virket skjerpene for offentlige sykehus. Utvalget regner med at behandling av pasienter med sammensatte problemer og mer kompliserte inngrep fortsatt i hovedsak vil skje innen det offentlige helsevesen. Det samme gjelder ansvaret for vaktberedskap, forskning, undervisning, opplæring og samarbeid med andre ledd i helse-tjenesten.

### 5.3 Faglig spesialisering og medisinsk-teknologisk utvikling

Helsetjenesten har vært preget av en enorm faglig utvikling, som ikke hadde vært mulig uten spesialisering. Den betydelige kunnskapsutviklingen gjør at forskere og spesialister blir avhengige av å konsentrere seg om stadig mindre fagområder. Det er naturlig at denne utviklingen i særlig grad preger spesialisthelsetjenesten, og er mest merkbar for pasientene i kontakt med disse tjenestene.

Den medisinske utviklingen berører alle områder av medisinsk diagnostikk og behandling. Som en konsekvens har norske sykehus vært sterkt preget av to parallelle utviklingslinjer – spesialisering og funksjonsdeling. Økende detaljkunnskap har delvis fortrent en mer generell kompetanse. De store medisinske spesialitetene er delt i "smalere" gren- og subspecialiteter. Den samme utviklingen, om enn ikke like uttalt, preger sykepleien og andre helseprofesjoner, og har vært sterkt medvirkende til at de fleste sykehus har blitt mer seksjonerte og spesialiserte.

Det foregår en tilsvarende utvikling i internasjonal medisin, og målt etter antall medisinske spesialiteter er den i mange sammenhenger sterkere enn i de nordiske land, jf. tabell 5.1. Norge har siden 1973 hatt en restriktiv holdning til forslag om opprettelse av nye spesialiteter, og har nå godkjent 43, fordelt på 30 hovedspesialiteter og 13 grenspesialiteter. Tilsvarende var det i år 2000 i USA 124 godkjente spesialiteter, fordelt på 37 hovedspesialiteter og 87 subspecialiteter ifølge ABMS (The American Board of Medical Specialities).

Tabell 5.1 Godkjente legespesialiteter i nordiske land 2004

	Sverige	Danmark	Finland	Norge	Island
Hovedspesialitet	62	37	49 *)	30	33
Grenspesialitet	-		-	13	39

\*) Etter det nye systemet, gjeldende fra 1999. I Finland gjelder i en overgangsordning t.o.m. 2005 også det gamle systemet med til sammen 92 spesialiteter.

Kilde: Läkares vidareutbildning i de nordiske länderna. SNAPS - 2004

Seksjonerte sykehusavdelinger er godt rustet for å betjene pasienter med avgrensede problemstillinger og veldefinerte enkeltsykdommer. Personellet får mer trening og erfaring innenfor sine felter, blant annet ved at særlig leger og sykepleiere får ansvar for avgrensede undersøkelses- og behandlingsmetoder. Men det kommer også klager over mangel på helhet i omsorgen og dårlig kontinuitet i oppfølgingen. Ved akuttinnleggelse har også mange pasienter til dels diffuse symptomer og lidelser, som kan gjøre det uklart hvilken fagseksjon de tilhører. Andre kan ha fått en forverring av et kronisk og sammensatt sykdomsbilde.

Generelt bruker Norge relativt lite til Forskning- og Utvikling (FoU), sammenliknet med nordiske land og andre OECD-land. Dette gjelder også innenfor fagområdet medisin og helse, der Sverige står i en særstilling i Norden. I Norge er det basalmedisinsk og klinisk forskning som er de store områdene. Fordelt på sykdomsområder går norske forskningsmidler i hovedsak til kreftsykdommer, hjerte-karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser og psykisk helse. Noe av helsetjenesteforskningen har relevans for samhandling, men temaet er lite og mer tilfeldig berørt.

Parallelt med den faglige utviklingen er kravene til god dokumentasjon betydelig skjerpet i moderne medisin. Dette inkluderer krav til dokumentasjon av rutiner og prosedyrer, og også et krav om å dokumentere behandlingskvalitet. Dokumentasjonen tjener mange formål, men er kanskje viktigst som grunnlag for læring og kontinuerlig forbedring. For den kliniske virksomhet vil nasjonale kliniske kvalitetsregistre være den viktigste kilden til slik læring og forbedring. Det forutsettes at slike registre vil være implementert på bred basis i løpet av de nærmeste årene. Samtidig pågår det arbeid med å utvikle og implementere indikatorer for ulike kvalitetsdimensjoner, blant annet i forhold til tilgjengelighet, organisering, medisinsk behandlingskvalitet og pasientopplevd kvalitet.

Resultatene av forskning er også blitt mer allment tilgjengelige gjennom elektroniske databaser, med økte krav til å framlegge dokumentasjon for den behandling som gis. En god bivirkning er at ineffektive behandlingsformer i økende grad lukes ut.

#### *Medisinsk-teknologisk utvikling*

I deler av medisinsk virksomhet har utviklingen av høyspesialisert teknologi medført radikale endringer av tidligere praksis. Sentrale eksempler på slike områder er billeddiagnostikk, mini-invasive

teknikker ved bruk av fiberoptikk ("kikkehullskirurgi", skopier etc), neonatalmedisin og utviklingen av genteknologi. Et annet eksempel er medikamentell behandling, der nye og kostbare medikamenter blir drevet fram i tett samspill mellom forskningsmiljøer og industri.

Det har vært kritisert at disse teknologiske fremskritt kommer på de områder av medisinen der forskning og fagutvikling har best tilgang på midler. Det er grunnlag for å hevde at ny kunnskap og effektiv teknologi ikke blir like høyt prioritert for eldre pasienter, store kronikergrupper; rusmisbrukere, pasienter med psykiske lidelser, revmatikere m.fl. Derfor er det blant annet fortsatt lite kunnskap om hvordan medikamenter virker på pasienter over 80 år, ettersom denne gruppen meget sjelden er inkludert i klinisk utprøving av medikamenter.

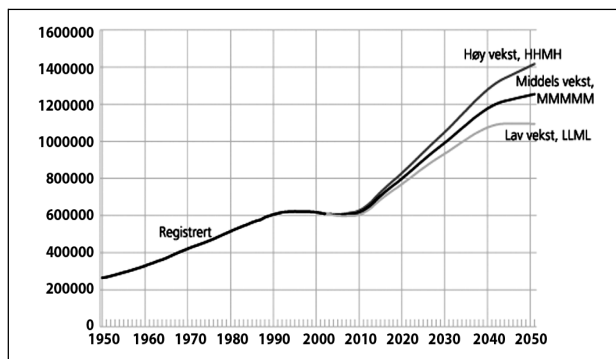
Ny medisinsk teknologi har ført til både sentralisering og desentralisering av tjenester. Teknologien tas oftest initialt i bruk ved store, spesialiserte sykehus, anvendt på et begrenset antall pasienter. Senere viser det seg mulig å desentralisere bruken til flere og mindre enheter, for eksempel ved at den standardiseres og forenkles, og eventuelt viser seg anvendelig på større pasientpopulasjoner. Bruk av EKG og mange laboratorieundersøkelser er eksempler på at primærleger har overtatt rutiner fra spesialisthelsetjenesten. Telemedisin har gjort det mulig å desentralisere diagnostikk og behandling, både mellom store og små sykehus og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Samtidig er det også eksempler på at nye metoder (medikamenter, prosedyrer) tas i aktiv og omfattende bruk før det foreligger systematisk dokumentasjon av effekter, med betydelige konsekvenser for så vel kostnadsnivå som prioriteringer.

## **5.4 Demografiske og epidemiologiske utviklingstrekk<sup>1</sup>**

Det bor i dag om lag 4,6 millioner mennesker i Norge. I sine oversikter over den demografiske utviklingen viser Statistisk sentralbyrå at den jevne folketallsveksten siden 1950 vil fortsette framover mot 2050. Utvalget legger til grunn alternativet "middels vekst", som demografene i SSB regner som mest sannsynlig. SSB har selv oppsummert befolkningsutviklingen slik:

- I 2003 fødte i gjennomsnitt hver kvinne 1,8 barn, mens tallet i 1974 var 2,1 barn. Fruktbar-

<sup>1</sup> Dette kapittelet baseres på Statistisk sentralbyrå sine siste tall og artikler



Figur 5.2 Antall personer 67 år og over. Registrert 1950-2002 og framskrevet 2003-2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå

heten er helt på topp i Europa, og det er bare islandske, irske og franske kvinner som føder flere barn enn de norske. Gjennomsnittsalderen for de som ble mødre for første gang er også økt i denne perioden, og i 2003 var den nesten 28 år.

- Levealderen har endret seg gradvis, og nordmenn lever i dag lenger enn noen gang. I 2003 kunne nyfødte jenter forvente å leve til de blir 82 år og nyfødte gutter til de blir 77 år. For 20 år siden, var de tilsvarende tallene 78 og 73 år.
- Etter den annen verdenskrig har tendensen i Norge vært at stadig flere flytter fra utkantene til de større byene enn den motsatte veien. I 2003 byttet 4,2 prosent av befolkningen i Norge bostedskommune. Kvinner i alderen 20-24 år flyttet hyppigst, etterfulgt av menn i alderen 25-29 år. Størst andel av befolkningen flyttet innenfor Oslo, her byttet nesten 14 prosent av innbyggerne bosted i fjor.

Det er veksten i den eldre del av befolkningen som har gitt størst konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene de siste ti-årene. Figur 5.2 viser den betydelige økningen som har vært siden 1950. Veksten er nå flatet ut, men i store deler av landet er det fortsatt økning i antallet eldre. Nå nærmer de første kullene fra etterkrigsgenerasjonen seg pensjonsalder, og fra 2003 til 2010 vil aldersgruppen 60-64 år øke med nesten 100 000 innbyggere (tilnærmet 50 prosent vekst). Framskrivning av denne utviklingen skaper den neste store eldrebølgen fram mot 2050. Etter SSBs middelprognose vil antall eldre mer enn fordoble seg i denne perioden, fra 600.000 til over 1,2 millioner innbyggere. Av disse igjen vil antallet over 80 år øke fra 200 000 til drøyt 500 000.

Figur 5.3 viser at utviklingen fram til 2030 for landet som helhet kan deles i to perioder: De første

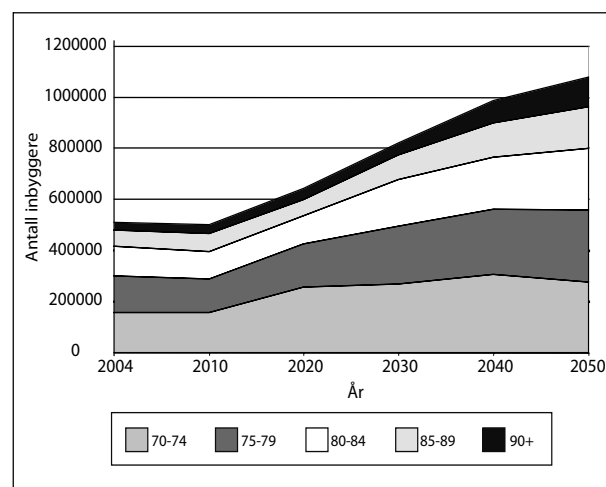
årene fram mot 2010 blir i demografisk sammenheng en relativt stabil periode, der den mest markante endringen er den nevnte svære økningen i aldersgruppen 60-65 år. Fra 2020 til 2030 får vi store endringer, spesielt blant de eldste. Figur 5.3 illustrerer den nesten dramatiske veksten innenfor alle eldregruppene.

Et annet markant trekk i den demografiske utviklingen er antall innvandrere i Norge, spesielt antallet fra ikke-vestlige land. I 1950 var 1,4 prosent (46 000 personer) av befolkningen født i utlandet. I dag er det 349 000 innvandrere i Norge. De utgjør 7,6 prosent av befolkningen, og 251 000 av dem er fra ikke-vestlige land. 100 000 innbyggere hadde flyktningbakgrunn per 01.01.2004. Oslo er fortsatt det fylket som har flest innvandrere, inklusiv flyktninger. 33 prosent av innvandrerne i Norge har bosatt seg i Oslo (114 000 personer), og de utgjør nå nesten 22 prosent av hovedstadens befolkning. 27 000 av disse har bakgrunn som flyktninger.

Den demografiske utviklingen preges også av stor mobilitet med bevegelse fra utkantene mot regionsentra. De fire storbyene (Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger/Sandnes) får nå halvparten av den årlige folketallsveksten i Norge.

#### Utvikling i sykdomsforekomst og helsetilstand

I tillegg til de demografiske trendene kommer epidemiologiske endringer, blant annet som følge av endringer i livsstil, både blant etniske nordmenn og innvandrere. Endringene i livsstil har i hovedsak medvirket til bedret helsetilstand, men det er også negative utviklingstrekk.



Figur 5.3 Prognoser for befolkningsutviklingen i eldregruppene 2004-2050 (Basert på SSB: Prognose 2002-2050, alternativ middels vekst)

Kilde: Statistisk sentralbyrå

I store deler av befolkningen har det vært stabile eller økende andeler som vurderer helsen sin som god. I Helseundersøkelsen 2002 til SSB oppgir fire av fem at de har god helse. Blant unge er andelen over 90 prosent, mens den synker jevnt med økende alder. I aldersgruppen over 67 år sier 70 prosent av menn og 57 prosent av kvinner at helsen er "meget god eller god". Det ser ut til at mennesker som lever alene har dårligere egenvurdert helse og lavere vitalitet (føler seg stadig trette og slappe) sammenlignet med personer som lever i parforhold.

Helseundersøkelsene angir også en tendens til at personer med langvarig sykdom mestrer sine plager bedre nå enn før. Andelen som opplever sin sykdom som svært eller ganske hemmende i hverdagen har gått ned i perioden 1995-2002. Det har vært en nedgang i alle aldersgrupper, men størst nedgang har det vært i eldre aldersgrupper. Det kan skyldes at tilstandene som ble angitt i 2002 er mindre belastende enn de som ble angitt som langvarig sykdom tidligere. En annen årsak kan være at nye behandlingsmetoder og medisinerer fører til at man lever bedre med sykdom i dag.

Fedme og sykkelig overvekt har økt i befolkningen de siste tiårene, helt ned i barne- og ungdomsalder. Samtidig er det registrert en sterkt økende forekomst av diabetes og belastningslidelser. Diabetes type 2 ble tidligere kalt aldersdiabetes, men fins nå blant unge voksne og er registrert helt ned i ungdomsalder. Blant innvandrere fra ikke-vestlige land er det registrert spesielt høy forekomst av diabetes sammenliknet med tilsvarende vestlig befolkningsgruppe (se Larsen 2000).

Det har vært betydelig diskusjon i fagmiljøene om den registrerte økningen av allergi og astma, både blant barn og voksne, er reell eller kun et resultat av mer oppmerksomhet og bedret diagnostikk. Det samme gjelder for KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Mye tyder på at det har vært en viss reell økning av disse luftveissykdommene, som ofte stiller store krav til god samhandling mellom helsetjenestenivåene.

Norge har en dokumentert økning av kreftsykdommer, og med forbedret behandling lever stadig flere med sin kreftsykdom. I en undersøkelse (Møller m.fl 2002) er det beregnet at antallet krefttilfeller i Norge vil øke med 42 prosent for menn og 36 prosent for kvinner fra nå fram til 2020. Den største delen av økningen skyldes den generelle aldringen i befolkningen, mens en mindre del skyldes risikøkning. Lungekreft er den kreftformen som forventes å øke mest pga kvinners røykevaner.

Aldersdemens har en markert høyere prevalens med økende alder. Med den endrede alderssammensetningen i befolkningen kan man derfor påregne en betydelig økning av pasienter med disse sykdommene i årene som kommer.

Det store omfanget av psykiske lidelser i befolkningen har blitt tydeligere. Større åpenhet har redusert terskelen for å søke hjelp, men det er også grunn til å tro at det totale omfanget øker. De store helseundersøkelsene viser en sammenheng mellom ensomhet og psykiske plager, men kan ikke si om folk er ensomme pga psykiske plager eller om ensomhet gir plager av psykisk karakter.

Rådet for psykisk helse har skjønnsmessig beregnet at ca 50 000 mennesker i Norge har alvorlig kronisk lidelse, hvorav ca. 20 000 har varige bistandsbehov. I tillegg har 150 000 alvorlige psykiske lidelser med tidvis store behandlingsbehov. Verdens helseorganisasjon sier i sin årsrapport for 2001 at man kan påregne at 20-25 prosent av innbyggerne i vår del av verden sliter med en psykisk lidelse. En del av dette vil være allmenne livsproblemer, som ikke nødvendigvis vil trenge behandling. Andelen med alvorlige lidelser (psykoser) synes stabil, men det er påvist at blant annet depresjoner, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser har økt de siste årene. Tallene antyder likevel at langt flere har behov for hjelp, enn det kan gis tilbud til.

I følge Sosial- og helsedirektoratet viser ulike epidemiologiske undersøkelser fra utlandet og her i Norge en utbredelse av psykiske helseplager blant barn og unge på ca. 20 prosent. Videre at det er stor grad av enighet mellom klinikere og forskere at rundt 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen har problemer av en slik alvorlighetsgrad at de har behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

## 5.5 Utvikling i tjenesteforbruk

I Helseundersøkelsen fra 2002 er befolkningsutvalget bedt om å oppgi om de har vært i kontakt med en del utvalgte helsepersonellgrupper det siste året. Selv om slike undersøkelser har en del feilkilder og ikke direkte måler tjenesteforbruket, gir svarene en antydning av forbruket, jfr tabell 5.2.

I samme undersøkelse oppgir 9 prosent av befolkningen at de har vært i kontakt med en "alternativ behandler", fordelt med 12 prosent andel for kvinner og 6 prosent for menn. For alle kontaktformer er det en høyere andel kvinner enn

Tabell 5.2 Andel av befolkningen som siste 12 måneder har konsultert fagperson eller vært innlagt i sykehus

Behandlingssted/ fagperson	Andel (prosent)		
	kvinner	menn	alle
Primærlege	78	71	75
Spesialist på poliklinikk	25	21	23
Spesialist utenfor sykehus	20	14	17
Fysioterapeut	18	12	15
Innlagt på sykehus	14	11	12
Kiropraktor	7	7	7
Psykolog	4	3	3

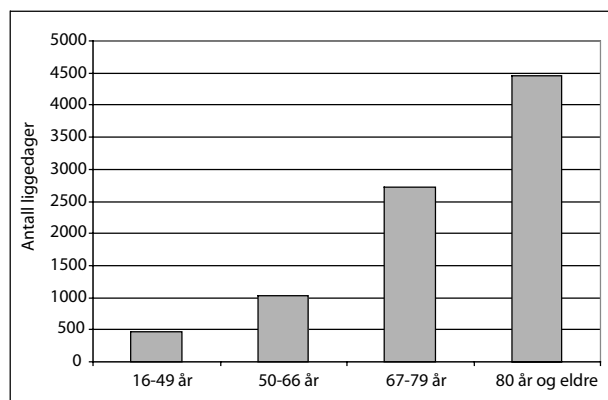
Kilde: Statistisk sentralbyrå

menn, og tallene bekrefter i så måte funn fra andre undersøkelser.

Tabell 5.2 viser at av helsepersonellet er det primærlegen (fastlegen) som har den overlegent største kontaktflate med befolkningen. Funnet antyder at 3 av 4 nordmenn har kontakt med sin fastlege i løpet av ett år. De fleste av disse har kun en eller et fåtall kontakter, men 16 prosent (en av seks) av befolkningen har hatt mer enn 5 kontakter med primærlege siste 12 måneder. Her er andelen blant kvinner 19 prosent, menn 13 prosent.

Utvalget har lagt særlig merke til at 23 prosent av respondentene har vært til "spesialist på sykehus" (poliklinikk), og 12 prosent har vært innlagt på sykehus siste år. Men også blant dem som trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten vil det være mange som får dekket sitt undersøkelses/behandlingsbehov uten at omfattende samhandling er nødvendig.

Noen pasientgrupper har svært hyppige kontakter med helse- og omsorgstjenesten, selv om de ikke er på institusjon. Det gjelder mange funksjonshemmete og kronisk syke med hyppig bistand fra ulike hjemmetjenester. Helse- og omsorgsdepartementets tall viser at 161 000 innbyggere i Norge fikk hjemmetjenester ved utgangen av 2003, tilsvarende 3,5 prosent av befolkning



Figur 5.4 Forbruk av liggedager per 1000 innbyggere i ulike aldersgrupper i 2003 (gjelder heldøgnsopphold på norske sykehus)

Kilde: Samdata for 2003

gen. 1/3 av disse var under 67 år. Ca. 20 prosent av hjemmetjenestens brukere får besøk av hjelpepersonell en eller flere ganger daglig, altså mindre enn 1 prosent av befolkningen.

#### Spesialisthelsetjenester

Samdatarapportene viser sykehusforbruket. Tabell 5.3 viser bildet i 2003 med 827 333 heldøgnsopphold på norske sykehus med i alt nesten 4,4 millioner liggedager. Dette ga en økning i antall heldøgnsopphold på 5,7 prosent fra 2002 til 2003.

Eldre over 67 år, som 1. januar 2004 representerte 13,2 prosent av befolkningen, sto i 2003 for 33,4 prosent av oppholdene og 45,6 prosent av liggedagene i spesialisthelsetjenesten. De eldste (over 80 år) sto for nesten halvparten av denne delen av sykehusforbruket blant de gamle.

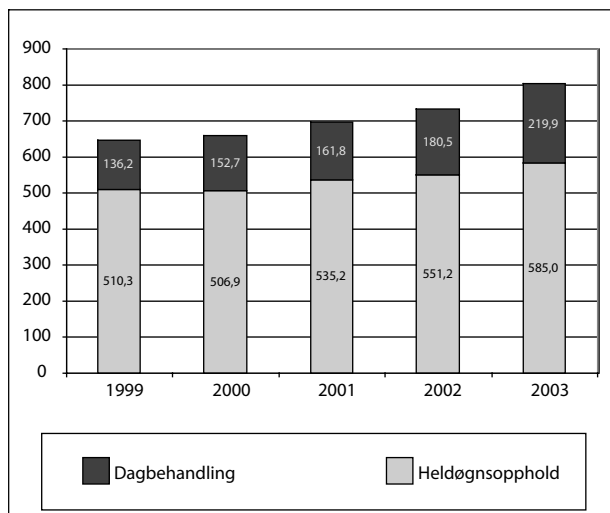
Figur 5.4 viser hvor sterkt forbruket av liggedøgn på sykehus øker med alderen. Mens hver innbygger over 80 år i gjennomsnitt er på sykehus ca. 4,5 døgn per år, er tilsvarende rate for aldersgruppen 50-66 år ca. 1 døgn per år.

Av alle heldøgnsoppholdene var om lag 66 prosent registrert som øyeblikkelig hjelp, mens 34

Tabell 5.3 Utskrivninger og liggedager (Norge 2003).

	Utskrivninger			Liggedager		
	Menn	Kvinner	Sum	Menn	Kvinner	Sum
Alle aldre	377 616	449 717	827 333	1 985 548	2 410 696	4 396 244
67-79 år	78 106	75 578	153 684	536 383	536 013	1 072 396
80 år og over	48 580	73 788	122 368	359 610	572 814	932 424
67 år og over	126 686	149 366	276 052	895 993	1 108 827	2 004 820

Kilde: Samdata 2003

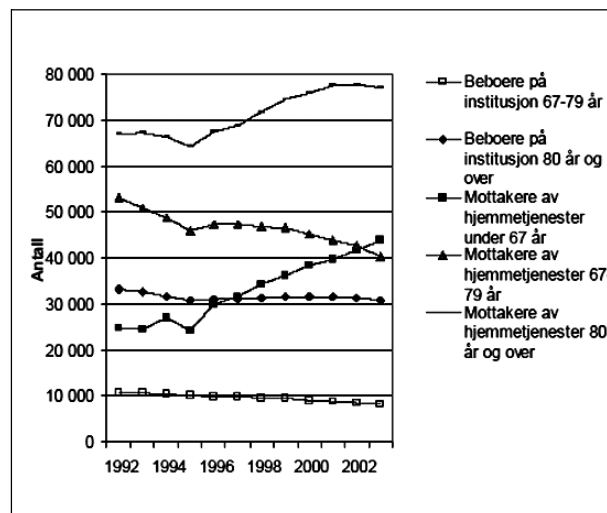


Figur 5.5 Rater for antall sykehusopphold per 1000 innbyggere 80 år og eldre (gjelder sum alle opphold + fordeling på dag- og heldøgnsopphold)

Kilde: Samdata for 2003

prosent var planlagte innleggelser (elektiv). Nærmere analyser av utviklingen i sykehusforbruket de siste årene viser at de eldres andel av øyeblikkelig hjelp innleggelser øker. I denne aldersgruppen er det også en klar og bekymringsfull økning i antallet reinnleggelser.

Sykehusstatistikken fra Samdata de siste årene viser likevel at det har vært størst vekst på områdene dagopphold (22,4 prosent vekst fra 2002 til 2003) og dagbehandling poliklinikk (13 prosent vekst). Disse behandlingsformene brukes på pasientgrupper som tåler det, og i stor utstrekning gjelder det friskere og yngre pasienter med behov for enklere behandlinger. Men figur 5.5 viser at økningen i dagopphold også omfatter de eldste. Ratene for perioden 1999-2003 for aldersgruppen over 80 år viser at oppholdsratene øker kraftig. Den relative økningen er langt sterkere for opphold for dag-



Figur 5.6 Mottakere av ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester 1992-2002, fordelt etter aldersgrupper

Kilde: Statistisk sentralbyrå

behandling (61,5 prosent), mens veksten i heldøgnsopphold var på 14,6 prosent og for alle typer opphold 24,5 prosent.

#### Kommunale tjenester

Det er omsorgstjenestene som i særlig grad utfordrer kommunene. Tradisjonelt har det betydde de eldste aldersgruppene, men som tidligere nevnt er nå 1/3 av alle brukerne av hjemmetjenester under 67 år. De største gruppene utgjøres av funksjonshemmede barn og voksne, psykisk funksjonshemmede og psykiatriske pasienter. Særlig har den siste gruppen økt forut og under Opptappingsplanen for psykisk helse, idet mange med medisinske, pleiemessige og sosiale behov er overført til kommunene fra psykiatriske langtidsinstitusjoner.

Tabell 5.4 Utvikling i deler av omsorgskjeden for eldre 1997-2005\*

	1997	2001	2005*
Befolkningen 80 år +	184 400	201 300	210 700
Personell-årsverk i pleie-omsorgstjenestene	79 400	92 500	98 300
Personelldekning (årsverk/befolkning) ( prosent)	43,1	46,0	46,7
Sykehjemsplasser	34 300	37 350	39 300
Omsorgsboliger	5 350	16 150	23 900
Aldershjemsplasser	9 100	6 100	3 400
Sum heldøgns omsorg (plasser/befolkning 80+) ( prosent)	26,4	29,6	31,6
Eneromsdekning ( prosent)	83,1	88,5	95,0

Kilde: St.meld. nr. 45 (2002-2003) \*Prognose



Figur 5.6 viser at det i siste ti-årsperiode ikke har vært vekst for flere av tjenesteområdene, og at det nettopp er mottakere av hjemmetjenester under 67 år som har vist sterkest økning. Figuren kan antyde en nedgang i institusjonsplasser, og det er reelt for summen av syke- og aldershjem. Men som tabell 5.4 viser, har det i perioden vært en stor økning i antall omsorgsboliger, slik at det er en reell økning av samlet antall plasser for heldøgns omsorg, også om en tar hensyn til veksten i befolkningen over 80 år. Dersom en kun regner sykehjemsplasser, viser tabellen at en så vidt holder tritt med veksten i antall eldre, ved at dekningsgraden ser ut til å holde seg stabilt på 18,6 prosent av befolkningen over 80 år.

Ifølge Handlingsplaner for styrking av eldreomsorgen er målsettingen at 31,6 prosent av antall eldre over 80 år i 2005 vil ha plass i heldøgns institusjon eller omsorgsbolig, fordelt på 60 prosent i sykehjem, 5 prosent i aldershjem og 35 prosent i omsorgsboliger, jfr. Tabell 5.4.

## 5.6 Kapasiteten i behandlings- og omsorgstjenestene

Utvalget har ikke gjort egne undersøkelser av kapasiteten i behandlings- og omsorgstjenestene. Men utvalget har sett på foreliggende data og gjort noen vurderinger av hvilke utfordringer dette gir for samhandlingen i helsetjenesten. Dette gjøres ut fra en antagelse om at mangel på helhetlige pasientforløp kan skyldes mangel på kapasitet for deler av tjenestetilbudet som skal inngå. Kapasitetsproblemer kan både være noe som initierer samhandling, samtidig som det kan lage problemer for samhandlingen. Utvalget har fått innspill på at dette er sentrale spørsmål, og det har kommet til uttrykk en viss bekymring for at visse områder i nær framtid vil få kapasitetsproblemer. Utvalget har da vært særlig opptatt av områ-

der som er sårbare i forhold til pasientgrupper med store samhandlingsbehov. Utvalget mener kapasitetsproblemet er noe sentrale helsemyndigheter og forskningsmiljøer bør ha særskilt oppmerksomhet på i tiden fremover.

### 5.6.1 Somatisk helsetjeneste

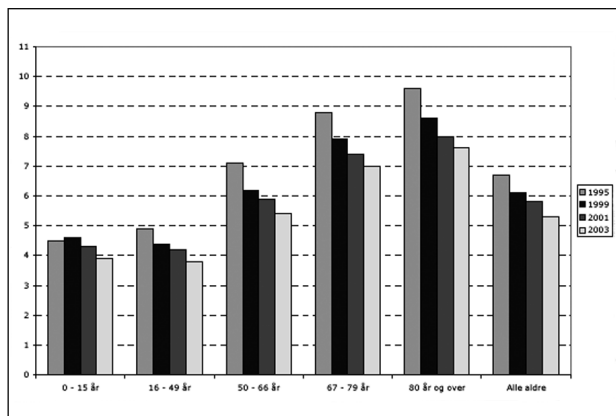
En kartlegging av organiseringen av norske sykehus viser at det har vært store endringer på sykehusene fra 1999 til 2003, og at mange av de organisatoriske endringene startet før eierskapsreformen (Kjekshus m.fl 2004). Sykehusene omorganiserer for å få til mer effektiv behandling og gjennomstrømming av pasienter, herunder økt bruk av observasjonsposter i mottakelsen og egne enheter for planlagte operasjoner, skjermet fra operasjoner for øyeblikkelig hjelp. Andelen pasienter som kommer til sykehusene som følge av fritt sykehusvalg er økende. For alle sykehustyper finnes også en klar økning av antall fagområder og spesialiteter som har egne vaktskift. Det er også en tendens til at sykehusene innfører mer personellkrevende vaktssystemer med mer bruk av aktiv vakt i to- og tredelte vaktssystemer (Kjekshus m.fl 2004).

Tabell 5.5 viser at somatiske sykehus har hatt en stor økning i antall sykehusopphold siden 1995, uten en samtidig vekst i antall liggedøgn (Kalseth m.fl 2004). To aldersgrupper skiller seg ut, ved at veksten i antall opphold har vært spesielt kraftig og at gruppen samtidig har brukt flere liggedøgn. For aldersgruppen 50-66 år har denne økningen kommet parallelt med en sterk innbyggerverkst, og dette gjelder også for de eldste (80 år.) Tabellen viser at økningen i antall opphold for disse gruppene gjelder både planlagte og øyeblikkelig-hjelp opphold. Men mens den relative økningen er størst for planlagte innleggelser i aldersgruppen 50-66 år, er den markert større for akutte, ikke-planlagte innleggelser blant de eldste.

Tabell 5.5 Endring i sykehus(senge)forbruket i norske sykehus 1995-2003

	Endring i antall opphold		Endring i totalt antall liggedøgn ( prosent)
	Endring elektive opphold ( prosent)	Endring øhjelps- opphold ( prosent)	
0-15 år	16,0	6,1	-9,1
16-49 år	5,5	14,5	-11,6
50-66 år	55,0	46,7	13,9
67-79 år	9,1	6,9	-15,1
80 år +	46,4	66,5	28,3
Alle aldre	21,6	24,1	-0,8

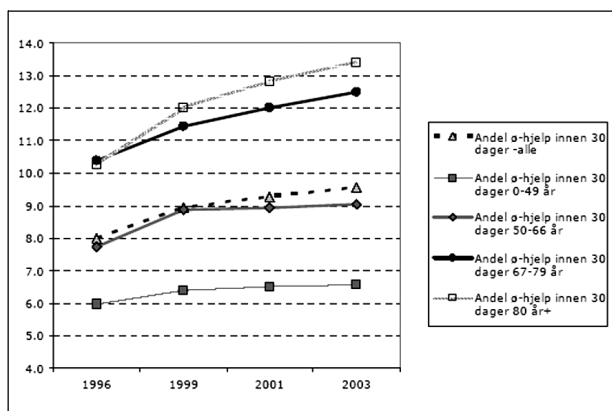
Kilde: Sintef Helse



Figur 5.7 Gjennomsnittlig liggetid per aldersgruppe. 1995-2003. Alle heldøgnsopphold. (Datakilde NPR).

Figur 5.7 gir forklaringen på at totalt antall liggedøgn ikke øker: Gjennomsnittlig liggetid for pasienter på norske sykehus har i hele denne perioden vist en økende aldersgradient, men den har samtidig gått jevnt nedover for alle aldersgrupper. Hovedårsakene er en reduksjon i omfanget av "langtidsliggere" samt en generell reduksjon i liggetiden (Kalseth m.fl 2004).

De siste årene har det vært økende oppmerksomhet rundt reinnleggelser. Blant annet har Helseilsynet fokusert på at høy andel reinnleggelser kan være et tegn på manglende kvalitet og samhandling i helsetjenesten. Figur 5.8 fremstiller utviklingen i reinnleggelser på sykehusene, definert som ikke-planlagte nye opphold for samme sykdom den første tiden etter utskrivning. Enten en undersøker for nærmeste måned (innen 30 dager etter utskrivning) eller for måned 2 (30-59 dager) viser tallene at det



Figur 5.8 Andel øyeblikkelig-hjelp innleggelser innen 30 dager etter utskrivning. Etter aldersgruppe.

Kilde: Samdata for 2003

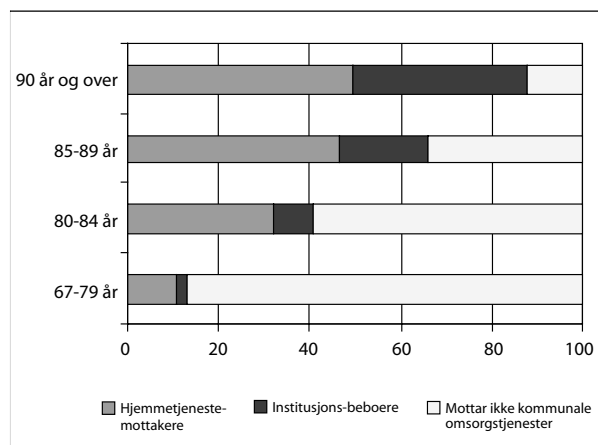
har vært en viss økning i andelen reinnleggelser for pasienter i alle aldersgrupper. Figur 5.8 viser at økningen slår sterkere ut med økende alder, og er mest markert blant de aller eldste.

Parallelt med dette har de kommunale pleie- og omsorgstjenestene gjennomgått store endringer. I tillegg til at tjenestene i langt større grad er integrerte og ses på som en sammenhengende tiltakskjede, har utviklingen i hovedsak vært dominert av (Kalseth m.fl 2004):

- kraftig vekst i "åpen" omsorg, mest for kvalifisert pleiehjelp
- sterk vekst i antall brukere under 67 år (utgjør nå 1/3 av alle)
- samtidig reduksjon i offentlige tilbud av hjemmehjelpstjenester
- sterk vekst i antallet omsorgsboliger
- samtidig noe reduksjon i institusjonsplasser, mest pga kraftig reduksjon av tradisjonelle aldershjems plasser

Noen data, bla. fra Gøteborgsundersøkelsene (se NOU 1992:1), tyder på at eldre er friskere enn før, ved at andelen friske eldre innenfor hver aldersgruppe har økt noe i perioden 1970-2000.

Selv om den kraftige veksten i aldersgruppen over 80 år først kommer senere, er det en del forhold ved utviklingen fram til 2020 som likevel vil gi økt press på sykehjem og andre institusjonsplasser i omsorgskjeden. I hele denne perioden blir det en jevn vekst i antallet aller eldste, og i gruppen 90+ er om lag 50 prosent i dag på institusjon, jamfør figur 5.9. Den kraftige økningen av de yngste eldre vil også bidra til å øke etterspørselspresset, selv om andelen som trenger heldøgns institusjonsplass er lav i denne gruppen.



Figur 5.9 Mottakere av kommunale omsorgstjenester, etter aldersgruppe. 2000. Prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 5.9 viser også at bruken av tjenestene har en tydelig aldersgradient.

### 5.6.2 Psykisk helse

St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet påpekte store mangler i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Manglene gjaldt både kapasitet, kvalitet, organisering, medvirkning, samhandling og tilgjengelighet. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 har hatt som mål å løse disse utfordringene, men siden underkapasiteten i psykisk helse i utgangspunktet var stor, er planperioden senere utvidet til ut 2008.

Parallelt med et økt psykiatrisk behandlingstilbud synes antallet på pasienter å være økende. Dette kan skyldes flere forhold. Endringer i samfunnsmessige forhold synes å ha ført til økte psykososiale problemer. Dette gjelder spesielt vold, utagerende atferd og et generelt økende forbruk av rusmidler. Andre faktorer er økt tilgjengelighet, endrede holdninger i befolkningen og redusert terskel for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Dagens kapasitetsmangel blir synlig på flere områder:

- akuttinnleggelser øker, til tider med stort overbelegg på psykiatriske akuttmottak
- høy andel ferdigbehandlede pasienter på psykiatriske sykehus (13 prosent i 2003)
- mange pasienter skrives ut uten videre avtalt oppfølging
- hyppig svikt i samhandlingen mellom akuttavdelinger og Distrikts Psykiatriske Sentra
- kommunene klarer ikke ta i mot ferdigbehandlede pasienter
- høy andel pasienter mangler individuell plan
- fortsatt lange ventelister og ventetider

Foretakene har kommet ulikt langt når det gjelder å omstille ressurser til samhandlingsarenaer. Over 60 prosent av ressursene brukes i sykehus og klinikkavdelinger, dvs. under 40 prosent i DPS-ene. Anslagsvis 85-90 prosent av samlede ressurser i helseforetakene brukes til drift av døgnavdelinger, og tilsvarende 10-15 prosent til utadrettet arbeid<sup>2</sup>.

Samtidig har kommunene ikke kommet like langt når det gjelder oppbygging av sine tjenester, først og fremst når det gjelder drift av kostnadskrevenne boligtiltak. Det er også liten grad av samhandling på systemnivå når det gjelder prioritering.

Følgende er hentet fra en oppsummering av Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer (Rapport fra Helsetilsynet 4/2004):

”Et helhetlig tilbud til pasientene forutsetter en klar oppgavefordeling og fungerende samhandlingsrutiner mellom DPS og akuttavdelinger. I så mange som halvparten av virksomhetene ble det funnet svikt i den interne samhandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette er alvorlig, fordi det øker risikoen for at pasientene ikke får nødvendig behandling eller at de ikke får rett behandling. Individuell plan skal bidra til samordning av tjenestene, men det er så langt bare et fåtall av virksomhetene som har tatt initiativ til eller som medvirker til individuell plan. Det ble videre avdekket manglende etterlevelse av de kravene som retten til vurdering og prioritering stiller, noe som øker risikoen for at de mest alvorlig syke pasientene ikke får behandling.”

#### Boks 5.1 Veiledning til ungdom om psykisk helse

Vip-prosjektet (Veiledning og informasjon om psykiske problemer og lidelser) er et eksempel på hvordan oppsøkende spesialister kan fungere som brobyggere i nettverket rundt ungdom når det gjelder forebygging av psykiske lidelser.

Formålet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på egen psykisk helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.

Tiltaket er unikt ved at samarbeidet skjer på tvers av forvaltningsgrenser og profesjoner. Det er et lavterskeltiltak som både utnytter ressursene som finnes i skolen, hos helsesøster og PP-tjenesten, i tillegg til spesialisthelsetjenesten. Ungdom møter profesjonelle fagpersoner i spørsmål om psykiske problemer og lidelser, og tiltaket gjør det mulig å avdekke og forebygge alvorlige psykiske lidelser.

Gjennom prosjektet får lærere og andre som til daglig møter ungdom en samarbeidspartner som kan bistå i tilfeller der det oppleves bekymringer. Ofte er det nok med en telefon for å kunne stole på at det iverksettes riktige tiltak til de unge som har behov for hjelp. For spesialisthelsetjenesten representerer dette en direkte kontakt med ungdom i deres naturlige miljø, og gjennom små målrettede ressurser ivaretas både forebyggende og veiledende oppgaver. Etter fem års drift ved SABHF (Blakstad sykehus) er tiltaket evaluert av Statskonsult med svært gode resultater. I alt 7 fylker har tatt i bruk konseptet.

<sup>2</sup> Daværende Helseminister Dagfinn Høybråthens tale ved psykiatriens årlige lederkonferanse Stavanger april 2003

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som mål at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år (54.000 barn og unge) skal ha et behandlingstilbud i 2008 (Samdata psykisk helsevern 2003, SINTEF Helse 2/04). Til sammenlikning fikk drøyt 33.000 (3,1 prosent) behandling i 2003. Kapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har økt, først og fremst fordi økende ressurstilgang har økt antall fagårsverk. Antall som søkes til behandling har samtidig økt mye, slik at ventetiden på behandling fortsatt er lang. Atferdsvansker (21 prosent), tristhet/depresjon (18 prosent) og hyperaktivitet (17 prosent) er de viktigste grunnene til at barn og unge blir henvist til vurdering i spesialisthelsetjenesten.

Privatpraktiserende psykologer og psykiatere representerer en stor ressurs. Ved utgangen av 2003 var det på landsbasis driftsavtaler for 409 årsverk kliniske psykologer og 170 årsverk psykiatere. Det er stor usikkerhet om denne ressursen i dag utnyttes på den mest hensiktsmessige måte, og fra kommunehelsetjenesten rapporteres det at spesialistene samhandler lite om felles pasienter.

### 5.7 Private aktører<sup>3</sup> i helse- og sosialtjenesten

Velstandutviklingen har skapt økende etterspørsel etter helsetjenester og dermed et marked for tilbud av kommersielle helsetjenester. Økt kjøpekraft i befolkningen, større vekt på valgfrihet, køer og budsjettproblemer i det offentlige helsevesen, og sterk tilvekst av helsepersonell, er viktige faktorer som kan forklare denne utviklingen. Disse private tilbudene er foreløpig begrenset til større og mellomstore byer, men benyttes av stadig flere innbyggere fra hele landet. Trenden forsterkes av at også trygdeetaten og helseforetakene kjøper en del tjenester i dette markedet. I dag utgjør omfanget av denne virksomhet i størrelsesorden 3-5 prosent av offentlige helsebudsjetter, men på enkelte sykehus og fagområder begynner konkurransen å bli merkbart for helseforetakene. Den økonomiske, ideologiske og politiske utviklingen vil avgjøre om kommersielle tilbud blir noe mer enn et "supplement" til det offentlige tilbud av helsetjenester.

Det har vært vanlig i mange norske kommuner å sette ut oppgaver til private ved at kommunen

inngår avtaler med en ideell organisasjon om drift av sykehjem. Tall fra SSB fra år 2000 viser at 90 prosent av institusjonene er eid av kommunene. De øvrige ti prosent er eid av ideelle organisasjoner, aksjeselskap og enkeltpersoner, kun 3 prosent eies av kommersielle aktører. Sykehjem som eies av ideelle organisasjoner inngår som en del av kommunenes samlede omsorgstilbud og skiller seg i liten grad fra offentlig eide sykehjem. Disse sykehjemmene inngår derfor i de samme samhandlingsrelasjoner med andre deler av helsetjenesten, og møter de samme utfordringene, som sykehjem eiet av kommunen.

I de senere tiår har konkurranseutsetting av pleie- og omsorg fått stadig mer oppmerksomhet, dels fordi flere kommuner konkurranseutsetter<sup>4</sup> denne type tjenester, og dels fordi konkurranseutsetting generelt og anvendt på pleie- og omsorgsområdet spesielt vekker mye politisk strid i de regionale helseforetakene. Det er ikke mulig å gi et eksakt bilde av hvor mange kommuner som har konkurranseutsatt pleie- og omsorgstjenestene, fordi dette bildet hele tiden er i bevegelse. Det er særlig store bykommuner eller bynære kommuner med et stort befolkningsgrunnlag som har konkurranseutsatt eller vurderer å konkurranseutsette pleie- og omsorgstjenester. I første rekke er det den institusjonsbaserte tjenesten, sykehjem, som har blitt konkurranseutsatt. Hjemmebaserte tjenester har i liten grad blitt konkurranseutsatt.

Antall sykehus (med spesial og lokalsykehusfunksjon) som eies av ideelle organisasjoner har holdt seg stabilt i de senere år, og utgjør ca åtte prosent av det totale sykehusvolum i Norge. Antallet private kommersielle aktører, og oppgaver de utfører, har imidlertid økt. Antallet private sykehus som har fått konsesjon har økt betydelig etter 2002. Tallet på privatpraktiserende spesialister har hatt en sterk vekst siden 1995, og private institutter utfører i dag en vesentlig del av laboratorie- og røntgentjenester (jf. St.meld. nr. 5. (2003-2004) Inntekstssystem for spesialisthelsetjenesten). De fleste private spesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutter har driftsavtaler med de regionale helseforetakene.

Etter rusreformen 1 januar 2004 har ansvaret for rusmiddelmissbrukere blitt flyttet fra sosialtjenesten til helsetjenesten. Rusinstitusjoner defineres nå som helsetjeneste. Det er et stort mangfold av rusinstitusjoner innenfor rusomsorgssektoren, og mange eies av private, først og fremst av ideelle organisasjoner. I 2004 hadde de fem regionale helseforetak inn-

<sup>3</sup> Samlebegrepet "private aktører" omfatter ideelle- og kommersielle organisasjoner, institusjoner og øvrige virksomheter.

<sup>4</sup> Begrepet konkurranseutsetting og privatisering brukes ofte om hverandre

### **Boks 5.2 Privat aktør med integrerte spesialist og allmennlegetjenester**

Volvat medisinske senter er et offentlig godkjent privat sykehus og landets største private legesenter. Konseptet tar utgangspunkt i direkte samhandling mellom primærlegen og de øvrige spesialisthelsetjenestene. Senteret er åpent alle årets dager fra klokken 8 morgen til klokken 22 med legevakt og egen allmennlegeavdeling. De fleste relevante undersøkelser innen ortopedi, plastikkirurgi, gastro, gynekologi, øre nese-hals og generell kirurgi –inklusive laboratorie- og røntgentjenester kan utføres under samme "tak". Det er ikke henvisningsplikt til spesialist.

gått avtaler med i alt 44 private rusinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Noen institusjoner driver med avrusning og utredning, andre er kollektiver og terapeutiske samfunn eller er behandlingssentre, som også tilbyr ettervern i institusjonen (som kommunene betaler for) og ute i kommunene.

Privateide opptreningsinstitusjoner og helsesportsentra utgjør et viktig tilbud i en rehabiliteringssammenheng. I 2004 inngikk de regionale helseforetakene avtale med 43 opptreningsinstitusjoner og helsesentra. Institusjonene er viktige private aktører innenfor rehabiliteringsfeltet. Opptreningsinstitusjonene og helsesportsentrene m.m. ble etablert av organisasjoner eller enkeltinstitusjoner, uten at det offentlige hadde lagt en plan for denne typen tjenester. Tjenestene i disse institusjonene har utviklet seg over tid. I hovedsak har de fått sin finansiering gjennom folketrygden og egenandeler fra pasientene. Fra 2006 vil all finansiering gå igjennom de regionale helseforetakene.

Det er kun noen få private aktører som drives uten en eller annen form for refusjon fra trygden eller annen form for statlig støtte.

## **5.8 Internasjonale perspektiver**

De siste par tiår har mange europeiske land iverksatt større helsereformer. Selv om disse reformene varierer mye i innhold og innretning, kan den store reformaktiviteten tyde på at det er noen felles utfordringer på tvers av landegrensene. Hvordan helsereformene utformes i det enkelte land må imidlertid forstås på grunnlag av en rekke politiske, ideologiske, historiske, kulturelle og økonomiske faktorer. Det er derfor ikke uten

videre enkelt å bruke erfaringer fra andre land for å finne gode løsninger for norsk helsetjeneste. Gode og effektive pasientforløp er noe som vies oppmerksomhet i mange land. Det kan synes som om dette er en utfordring uavhengig av de ulike organisatoriske løsninger man finner utenfor Norge.

I følge Economist (2004) er en av de største svakhetene ved de moderne helsesystemene at de så sjeldent tilbyr integrerte medisinske tjenester. I en akutsituasjon kontakter pasientene legevakten eller sykehuset direkte, for mindre lidelser kontaktes allmennlegen. For kroniske tilstander som diabetes og hjerte- kar sykdommer, som blir mer og mer vanlig, trenger pasienten behandling og råd både fra sin allmennlege og fra sykehuset. Effektivt samarbeid vil kunne resultere i bedre og billi-

### **Boks 5.3 Kaiser Permanente**

En organisasjonsstruktur som fremheves som et unntak til "silorganiseringen" er Kaiser Permanente, en amerikansk Health Maintenance Organisation (HMO), som tilbyr helsetjenester til i alt 8,2 millioner amerikanske innbyggere. Kaiser Permanente ble etablert i 1945 og har siden den gang utviklet en særskilt modell for helsetjenester på den amerikanske vestkysten. De eier de fleste sykehuse og medisinske fasilitetene selv. Legene har fastlønn, og er dermed ikke lønnet ut fra et stykkprissystem ("fee-for service") som er det vanlige i USA. Legene arbeider i grupper som de administrere selv. I tillegg fokuseres det administrativt mye på pasientens ferd ut og inn av sykehuset. Når en pasient ankommer sykehuset er personalet allerede i gang med å planlegge utskrivningen, en strategi som støttes av legene, ikke bare av helselederne, siden det også er god medisinsk praksis.

Denne strukturen har ført til at de har klart å etablere en unik integrert modell for medisinske tjenester. En integrert modell som fører til at Kaiser klarer å behandle pasientene på et mye lavere kostnadseffektivt nivå enn tilfellet er i for eksempel det britiske helsesystemet. Nærmere undersøkelser viste at hovedårsaken var bedre pasientintegrasjon. Dette har ført til at britiske myndigheter (National Health Service) prøver å implementere en del av Kaisers metoder i det britiske helsesystemet.

gere behandlinger, men det skjer sjelden. I følge OECD opererer helseorganisasjoner, sykehus og leger i separate siloer (se boks 5.2), og handler uten den fordel det ville vært å få komplett informa-

sjon om pasientens tilstand, medisinske historie, hvilke behandlinger som er blitt utført andre steder og/ eller hvilke medisiner som andre leger har gitt pasienten.

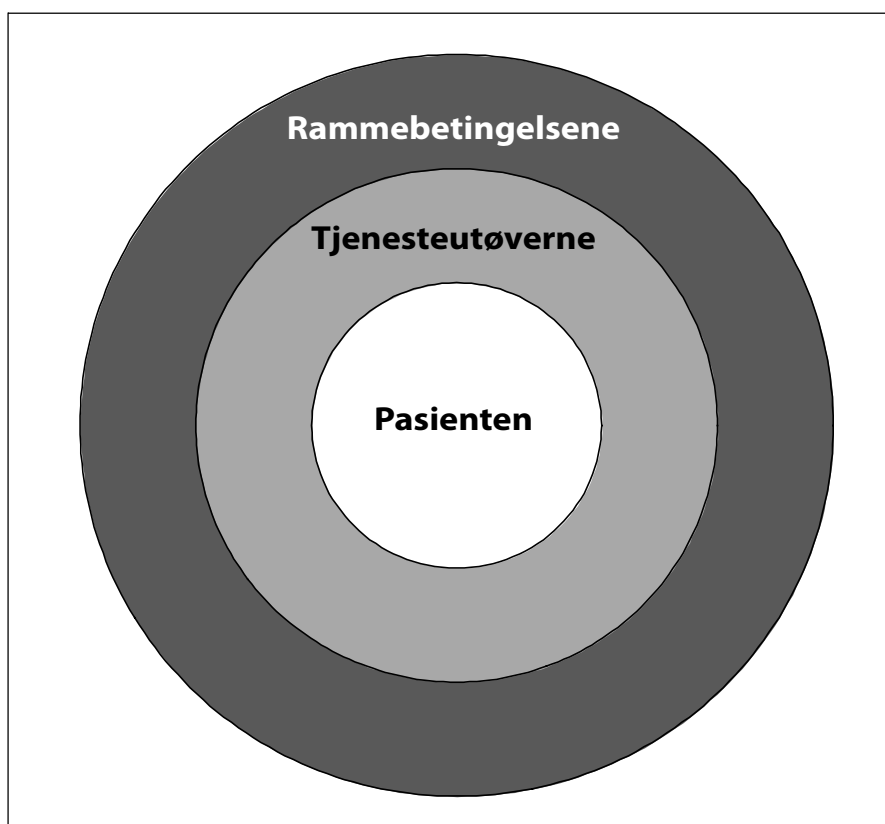
*Del III*  
*Analyse av samhandling i helsetjenesten*





Utvalgets mandat slår fast at "samhandlingen i mange tilfeller ikke er god nok". I tillegg beskriver både pasientene selv, deres interesseorganisasjoner og mange fagfolk problemer med samhandlingen i helsetjenesten.

Samhandling skjer både på *individ- og systemnivå*. Med "individnivå" menes alle tjenester som gjelder enkeltpasienter, der samhandlingen har et individrettet pasientfokus. Med "systemnivå" mener utvalget hvordan samhandlingen er organisert på tjenestenivå, samt rammebetingelser som tjenestene og den enkelte tjenesteutøver må operere innenfor.



Figur 5.10 Skjematisk illustrasjon av nivåene for analysen.

Figuren skal illustrere at utvalget i denne analysen har valgt å operere med tre nivåer. Først drøftes samhandlingen fra pasientens eget perspektiv i kapittel 6. Deretter drøftes samhandling mellom tjenesteutøverne i kapittel 7. Til slutt drøftes de organisatoriske og økonomiske rammebetingelser for samhandling i kapittel 8.



## Kapittel 6

# Samhandling med pasientens perspektiv

Fra pasientens ståsted er det viktigste at det ytes god hjelp, ikke hvem som gir hjelpen, hvor vedkommende er ansatt eller hvilken tjeneste eller nivå som er ansvarlig. I utgangspunktet er det heller ikke interessant for pasienten å vite om noen har samhandlet, bare resultatet er bra. Men mange pasienter vil på den andre siden fort merke det dersom det svikter i samhandlingen, særlig pasienter med langvarige og sammensatte problemer.

Det har vært viktig for utvalget å identifisere hvor svikt i samhandlingen oppstår. Utvalget referer flere steder i analysen derfor til en workshop, der utvalget innhentet erfaringsbasert kunnskap fra hjelpeapparatet om samhandlingen i utvalgte pasientforløp. Utvalget har sammenholdt disse erfaringene med blant annet Helsetilsynets og pasientombudenes rapporter om samhandling, samt saker i Norsk Pasientskadeerstatning. Temaet samhandling er lite dokumentert gjennom norsk og internasjonal forskning, og utvalget har derfor måttet bygge analysene også på egen kunnskap og skjønn.

På noen områder er utfordringene spesielt store. Det gjelder pasientgrupper med store behov for samhandling hvor ingen av tjenestenivåene alene kan løse utfordringene. Utvalget har konsentrert seg om problemer som kan være felles og gjennomgående for de fleste pasientene, men vil likevel nevne disse gruppene spesielt:

- syke eldre pasienter
- pasienter med behov for habilitering og rehabilitering
- pasienter med store psykiske problemer
- pasienter med rusproblemer
- pasienter med kroniske og sammensatte lidelser

### 6.1 Brukermedvirkningen i helsetjenesten

I et større perspektiv har det skjedd viktige positive endringer. En demokratisering og brukerorientering i helsetjenesten har ført til at forholdet mellom tjenesteyter og pasient i større grad er basert på samarbeid, medbestemmelse og medan-

svar. Pasientrettighetsloven slår fast at det skal være et samspill mellom pasient og tjenesteyter i behandlingen. Regelverket er et utslag av en erkjennelse av at samarbeid mellom helsevesenet og pasienten er viktig for å oppnå god effekt av helsehjelpen, jf. Ot. prp nr. 12 (1998-1999).

Gjensidig respekt og tillit er nødvendig for en felles forståelse av hva hjelpebehovet er og hva som kan være aktuelle tiltak. Pasienten representerer en betydelig kunnskapsressurs for tjenesteyterne i vurderingen av hvilken helsehjelp som skal gis. Særlig gjelder dette pasienter med kroniske sykdommer. Pasientene er som enkeltindivider og grupper viktige premissgivere for utformingen av hjelpetilbud. Dette kan både gjelde for vurderinger av hva som er beste tiltak, men også for vurderinger av at tiltak som *ikke* iverksettes, både på kort og lang sikt. Retten til pasientens medvirkning i egen behandling er regulert i pasientrettighetsloven § 3-1.

I NOU 2001:22 "Fra bruker til borger" pekes det på at møteplasser mellom ledelse av tjenestene, politikere og pasienter er viktig for å lukke gapet mellom målene for tjenesten og virkeligheten. Dette utvalgets forslag om et lovfestet krav om råd for funksjonshemmede i kommunen er i dag gjennomført. Rådet ivaretar, i tillegg til elderrådene en stor del av brukerhensynene i kommunen. Disse rådene er i de fleste kommuner med i det demokratiske styringssystemet, men mange av rådene klager over at de kommer sent inn i prosesser og fortsatt har vansker med å bli hørt.

Kommunale råd for funksjonshemmede representerer dermed en samhandlingsarena mellom brukerorganisasjonene og kommunen. Manneråkutvalget (NOU 2001:22) var delt i forhold til spørsmål om et lovfestet krav om råd for funksjonshemmede i kommunene. Forslag om lovfesting av kommunale råd fikk tilslutning i stortinget under behandling av Inst 162 (2003-2004). Det er foretatt en evaluering av kommunale råd for funksjonshemmede. Rådene har hatt ulik forankring i kommunen, og dermed ulike oppgaver og arbeidsform. Rådenes sammensetning har også vært noe forskjellig. Erfaringene kan dermed ikke sammenlignes direkte. Evalueringen viser imidlertid at for-

ankring i ledelsen har vært viktig, og at tilrettelegging i form av at kommunen påtar seg sekretariatsfunksjon har hatt stor betydning. Dersom rådene skal fungere som slagkraftige organ, må de komme tidlig inn i saksprosessene. Rådene har arbeidet med et bredt saksområde: skole og utdanning, transport, tilgjengelighet, helse- og sosiale tjenester. Rådene har fungert som høringsorgan i viktige saker, og kan på eget initiativ uttale seg i alle saker som angår funksjonshemmede.

I Lov om helseforetak § 35, går det fram at regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan. Det framgår videre av annet ledd at RHF skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Disse bestemmelsene er fulgt opp i vedtektenes §14 for de regionale helseforetakene. Her går det fram at foretakene skal etablere et fast samarbeid med pasienters og pårørendes brukerorganisasjoner. De sentrale helsemyndighetene fulgte opp disse bestemmelsene gjennom etablering av brukerutvalg i regionale helseforetak.

Det er nå etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen for de regionale helseforetak i alle helseregioner, samt på foretaksnivå. Oppnevning av brukerrepresentanter skjer gjennom de to paraplyorganisasjonene for pasient- og brukerorganisasjoner i fylkene. Brukerutvalgene gir råd til ledelsen for foretakene i de sakene de får seg forelagt, og kan også på eget initiativ ta opp saker. Problemstillinger rundt samhandling i helsetjenestene har blant annet vært en av sakene som brukerutvalgene har satt på dagsorden.

### **6.1.1 Informasjon som forutsetning for medvirkning**

Pasientombudene peker på at befolkningen ”i stadig større grad etterlyser realistisk informasjon og mulighet til å gi sitt informerte samtykke”. Pasientombudene sier at det fremdeles er ”forbausende lite kunnskap hos mange i helsetjenesten om pasientrettigheter og pasienterstatning.”

Et gjennomgående tema i klagesaker, både til Helsetilsynet og pasientombudene, er ”at informasjon fra helsepersonellet er for dårlig”. God informasjon og kommunikasjon er grunnleggende for å sikre reell brukermedvirkning. For dårlig informasjon gir pasienten et utilstrekkelig grunnlag for å bruke sin rett til medvirkning og til å avgi gyldig samtykke til helsehjelp.

Pasienter som selv søker etter informasjon vil finne godt tilrettelagt informasjon hos pasient- og brukerorganisasjonene. En del av denne informasjonen er lagt på organisasjonenes hjemmesider. I fagtidsskrifter og medisinske databaser finnes store mengder informasjon også tilgjengelig for pasienter. Problemet er at publikasjonene og artiklene er beregnet på fagpersonell og forskere, og kan oppleves som utilgjengelige for pasientene eller deres pårørende som søker svar på sine spørsmål.

En forutsetning for god pasientinformasjon er at tjenesteyterne har god kunnskap om pasienten. Det pågående arbeidet med innføring av elektronisk pasientjournal, har blant annet til formål å styrke informasjonsgrunnlaget til tjenesteyterne. God informasjon blant tjenesteyterne styrker mulighetene for god pasientinformasjon.

### **6.1.2 Klager om brudd på pasientrettighetene**

Pasientrettighetsloven gir pasientene betydelige muligheter til å øve innflytelse på tjenestetilbudet. Loven inneholder særskilte bestemmelser som gjelder forholdet og samhandlingen mellom pasienten og tjenesteutøveren. Det fremgår av pasientrettighetsloven at pasientene både har rett til medvirkning og informasjon, rett til journalinnsyn, (en viss) rett til å få journalen rettet eller opplysninger slettet og rett til klage. Pasienten har rett til fritt å velge sykehus når sykehusinnleggelse er aktuelt. En tilsvarende rett gjelder med visse modifikasjoner for personer som får behandling for rusmiddelmisbruk i institusjoner for tverrfaglige spesialiserte tjenester mot rus. Noen pasienter vil også kunne ha rett til en individuell plan. Samtidig fins motsvarende plikter for de ansvarlige for helsetjenestene og tjenesteyterne.

Relativt få klager kommer til Helsetilsynet i fylket sett i forhold til det store antallet pasientbehandling per år. I 2003 kom det 1146 saker fra pasienter/pårørende og andre kilder som handlet om mulig svikt i helsetjenestene, det vil si 32 per 100 000 innbyggere jamfør Helsetilsynets Tilsynsmelding 2003.

Antall klager kan tilsynelatende tilsi at pasientrettighetsloven i stor grad blir fulgt opp av helsepersonellet. Få klager kan imidlertid også være et utslag av ulike faktorer som fører til at brudd på pasientenes rettigheter sjelden kommer til uttrykk gjennom skriftlige klager. For det første kan klageordningene for helsetjenester fremstå som uoversiktlige for pasientene. Regelverket er heller ikke alltid godt kjent av helsepersonell. Dels kan dette

komme av at regelverket om klager både er regulert i pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I Berntutvalget (NOU 18:2004) er det foreslått å samle de kommunale tjenestelovene i en lov blant annet for å samle brukernes prosessuelle rettigheter. Forslaget berører imidlertid ikke forholdet mellom pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven.

Helsetilsynet skriver i tilsynsmeldingen at de lave tallene tyder på at pasientrettighetsloven fortsatt er lite kjent. I tillegg tyder rapporteringen fra pasientombudene på at det kan det være en (betydelig) underrapportering fordi pasienter kvier seg for å klage på tjenester og tjenesteutøvere som de har et avhengighetsforhold til. Også Pasientombudene for spesialisthelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven kap. 8, melder i sine årsrapporter at en del vegrer seg for å ta opp sin sak, fordi de er redde for at det kan gi dem negative konsekvenser som pasienter. Det er heller ikke ukjent at det oppleves som en belastning å klage. Helse- og sosialombudet i Oslo mottar mange henvendelser om alders- og sykehjem, der det er pårørende som tar kontakt. Ifølge ombudet er det en del pårørende som ikke ønsker å klage av frykt for reaksjoner overfor pasienten.

Ellers viser pasientombudenes årsrapporter at en stor andel av sakene gjelder brudd på pasientrettigheter. Mange pasienter og pårørende får ikke innfridd retten til pasientansvarlig lege, individuell plan og informasjon. Andre klager på problemer med innsyn i egen journal, mangelfull journalføring, samt retting og sletting av journaler. Pasienter i psykiatrien blir ikke godt nok informert om retten til fritt sykehusvalg. I Helse Øst skriver pasientombudene i sin felles årsrapport blant annet at mange henvendelser innen psykiatri gjelder manglende tilbud, avvisning eller ressursmangel. Konsekvensen blir at psykiatriske pasienter i realiteten ikke kan velge sykehus eller polikliniske tjenester som andre pasienter. I tillegg er ventetiden for behandling i mange tilfeller altfor lang, og det er eksempler på at pasienter heller ikke settes på venteliste. Dette kan resultere i at pasientene ikke får den helsehjelp de har krav på, eller selv må betale hos private behandlere.

Pasientombudene for spesialisthelsetjenesten har ingen felles rapportering om henvendelser og klager på pasientbehandling og oppfyllelse av pasientrettigheter. Pasientombudene i Helse Sør sier i sin felles årsrapport for 2003 at helseforetakene i større grad bør systematisere klagesakene fra pasientombudene slik at de får oversikt over hvor i virksomheten klagesaker oppstår, og om det er noe gjennomgående tema i klagesakene. Det kan også reises spørsmål om foretakene i tilstrekkelig grad bruker klagesaker i sitt forbedringsarbeid.

### 6.1.3 Brukermedvirkning som ressurs i behandlingen

#### *Individuell brukermedvirkning*

Helsevesenet har ansvar for å tilrettelegge for at pasienter kan medvirke i behandlingen. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dette framgår av bestemmelsen i pasientrettighetsloven. Aktiv medvirkning fra pasienten og dennes pårørende gjør det mulig for helsevesenet å utforme et individuelt tilpasset tilbud. En slik individuell tilpasning gjør at en får dimensjonert tjenesteytingen ut fra pasientens behov, og en unngår dermed unødige tiltak som pasienten enten ikke ønsker eller ikke kan nyttiggjøre seg.

Tilpasning til individuelle behov fører til at pasienten opplever kvalitet i behandlingen. Erfaringen tilsier at standardisering av tjenesteyting kan føre til overbehandling på noen områder, mens andre viktige behov oversees. Utvalget vurderer det slik at brukermedvirkning i behandlingen representerer en ressurs for helsevesenet.

#### *Pårørendes situasjon*

Pårørende er viktige som støttespillere for pasienten. Helsetjenesten vil derfor ha stor nytte av å samarbeide med pasientenes nærmeste pårørende. Dersom pasienten har fått en alvorlig sykdom eller betydelig nedsatt funksjonsevne, vil dette også ramme de nærmeste i familien. Dette gjelder i første rekke ektefelle og samboer, barn, søsken og/eller foreldre. Pårørende vil ofte ha egne tema de har behov for å få drøftet eller bearbeidet, spørsmål de trenger konkrete svar på eller praktisk hjelp i forhold til hjem og arbeid. Utvalget har inntrykk av at det er mye ugjørt i forhold til pårørende. Utvalget vil særlig understreke betydningen av at barn kan trenge særskilt tilrettelagte tilbud dersom mor eller far blir syk.

Pårørende vil også kunne ha rollen som brukerrepresentanter i brukerutvalg og råd for funksjonshemmede, og velges da etter forslag fra pasient- eller brukerorganisasjonene på vanlig måte.

#### *Lærings- og mestringssentra som viktig samhandlingsarena*

Helseforetakene har ansvaret for å etablering og drift av lærings- og mestringssentra. Det er etablert en poliklinisk takst for pasientlæring. Forutsetningen er at det er et tverrfaglig tilbud basert på gruppeundervisning i minst 10 timer, og at erfarne brukere medvirker i utformingen av tiltaket.

Lærings- og mestringssentrene samarbeider med erfarne brukere og brukerorganisasjoner, samt helsepersonell i planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbud. Målet med lærings- og mestringssentra er å tilrettelegge for pasientlæring rettet mot grupper av brukere som på denne måten også kan dra nytte av hverandres brukererfaring. Temaene som tas opp er knyttet til utfordringene sykdom og funksjonshemming representerer for pasienter og andre brukere i hverdagen deres, altså i jobb, familie og fritid.

Lærings- og mestringssentra er også en læringsarena for helsepersonell. Gjennom samhandling med erfarne brukere klargjøres læringsmål og tema som brukerne etterlyser kunnskap om. På denne måten bevisstgjøres helsepersonell på hva brukere trenger av informasjon for å kunne mestre sin situasjon, og hvordan de kan tilrettelegge for pasientlæring.

Lærings- og mestringssentra fungerer altså som tilretteleggere for samhandling mellom brukere og helsepersonell. Disse er spesielt tilrettelagt for brukere som har kronisk sykdom eller funksjonshemming. Utvalgets vurdering er at lærings- og mestringssentra kan gi viktige bidrag til å utvikle bedre samhandling som kan komme disse pasientgruppene til gode.

#### **6.1.4 Brukerorganisasjonenes medvirkning**

Brukermedvirkning handler ikke bare om enkeltindividets muligheter til å medvirke i beslutninger om helsehjelp. Demokratihensynet begrunner også at underrepresenterte grupper deltar i prosesser og avgjørelser som får betydning for utforming og utbygging av helsetjenestene i stor skala. Brukermedvirkning på systemnivå skal også gi myndighetene mulighet til å kvalitetssikre sin virksomhet ved å få tilført kunnskap om hvordan brukerne opplever dagens situasjon eller tilbud, jf. St.meld. nr. 40 (2002-2003). Brukermedvirkning på systemnivå kan sikres gjennom organisert samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner. Organisert samarbeid handler om at pasientene gjennom sine organisasjoner systematisk høres i viktige spørsmål som angår dem, og sikres representasjon i organer som er viktige for beslutningsprosessene (styrer, råd og utvalg).

Brukerorganisasjonene har en betydningsfull oppgave i å synliggjøre sine medlemmers behov, og bringe deres erfaringer inn i planprosessene slik at dette blir felles kunnskap. Organisasjonene skal gis rammer slik at deltakelsen fører til en reell medvirkning. Flere organisasjoner har tatt fatt i

opplæring av brukermedvirkere. Opplæring er nødvendig for at de skal kunne representere organisasjoner. Denne typen arbeid må fortsette slik at brukermedvirkere får brukt sin kompetanse slik at det skaper god samhandling.

Pasientorganisasjonene (som en viktig del av brukerorganisasjonene) er svært ulike i både i medlemstall, interesseområde og aktivitet. De fleste er opprettet med utgangspunkt i et bestemt helseproblem. Helse- og sosialtjenesten møter i økende grad pasientorganisasjonene som en aktiv, kunnskapsrik og profesjonell motpart. I tillegg utgjør de en vesentlig faktor for opinionsdannelse og politikk. Pasientorganisasjonene er i det frivillige arbeidet en integrert del av lærings- og mestringssentrene, og de vil i så henseende være en viktig brikke for å bidra til å forbedre samhandlingene for sin pasientgruppe.

#### **6.1.5 Likemannsarbeid**

Likemannsarbeidet er tiltak som skjer i regi av funksjonshemmedes organisasjoner. Det gis statlig tilskudd til etablering og drift av slike tiltak. Likemannsarbeidet skjer på frivillig basis mellom funksjonshemmede og kronisk syke som selv har brukererfaring, samt mellom pårørende. Vanligvis ledes arbeidet av erfarne brukere. Likemannsarbeidet har som mål å være til hjelp, støtte og veiledning partene i mellom.

Formene for likemannsarbeid defineres av hver brukergruppe, og har derfor utviklet seg til å bli et bredt spekter av tiltak. Å dele erfaringer, praktisk kunnskap og følelsesmessige opplevelser, er grunnlaget for tiltakene. Gjennom å samtale om hverdagserfaringer bearbeides situasjonen, og den enkelte kan finne støtte til å komme videre i sin egen mestringssprosess. Det finnes egne informasjonstiltak som brosjyrer og nettbasert informasjon, samt informasjonstelefoner som drives som likemannsbasis av brukerne. En del organisasjoner har etablert møteplasser i form av samtalegrupper eller årlige samlinger for familier med funksjonshemmede barn. En del av de mindre organisasjonene har basert seg på entil-en-kontakt via telefon eller internett. Organiserte besøktstilbud på sykehus eller tilbud om å få besøk i hjemmet har etter hvert også fått et visst omfang. Noen har satset på veiledningstilbud om hvilke rettigheter brukerne har eller tjenester de kan dra nytte av. En del av tiltakene er knyttet til aktiviteter som kostholdskurs eller treningstilbud.

Samhandling med helsetjenesten i driften av tiltakene er viktig. For nye brukere kan det være

avgjørende at helsetjenesten formidler informasjon om at slike tiltak eksisterer. Sett fra helsetjenestens ståsted representerer likemannsarbeid et unikt brukerstyrt tilbud som den profesjonsbaserte helsetjeneste ikke vil kunne tilby på samme måte.

### 6.1.6 Utvalgets vurderinger

Utvalgets vurdering er at det ennå gjenstår mye på at brukerperspektivene preger daglig praksis. Fagpersonell har god forståelse for at samhandling er viktig for mange pasienter, men mye gjenstår i praktisk samhandling. Også helsetjenestens organisasjoner er fortsatt bygget på forestillinger om en mer passiv pasientrolle enn utviklingen tilsier og fremtiden vil kreve.

Utvalget er kjent med at mange sykehus og kommuner har kommet langt med å tilrettelegge for brukermedvirkning og utnyttelse av pasientens ressurser. Erkjennelse av den nye pasientrollen i en stadig mer kompleks helsetjenesten fordrer imidlertid enda mer oppmerksomhet på samhandling med brukeren fremover.

## 6.2 Variasjoner i pasientenes behov

Utvalget har ikke gått nærmere inn på hvor stor andel av befolkningen som er avhengig av en god samhandling i helsetjenesten. Før eller senere vil de aller fleste innbyggere komme i en situasjon hvor de er avhengig av god samhandling i helsetjenesten. De friske har ingen garanti for hvor lenge de vil beholde god helse, og ingen kan vite om eller når skade eller sykdom vil oppstå. I kapittel 6.3 omtales Bernt-utvalget (NOU 2004:18), som nylig har beregnet at 2-3 prosent av befolkningen har behov for en individuell plan. En slik plan skal nettopp imøtekomme de pasientene som trenger det aller mest.

Kronisk sykdom og andre langvarige sykdomsproblemer gjør at noen pasienter har et kontinuerlig og stort behov for en god og smidig samhandling i helsetjenesten. I tillegg kommer:

- dem som i en forbigående behandlingsperiode blir avhengig av mye helsehjelp, og som risikerer å komme over i gruppen kronisk hjelpetragende dersom samhandlingen svikter,
- dem som er innlagt i sykehus og er avhengige av god intern samhandling i spesialisthelsetjenesten, og som ser og merker om samhandlingen svikter,
- dem som henvises til enklere undersøkelser og behandlinger mellom tjenestenivåene

### 6.2.1 Pasienter med særlige behov for koordinering og samhandling

Utvalget har vurdert samhandlingen i helsetjenesten gjennom å gå nærmere inn i ulike pasient- og sykdomsforløp. Det er behov for å gi oppmerksomhet til de pasientene som er særlig sårbare for dårlig samhandling – pasienter med særskilt store behov for at ulike tjenester ses i sammenheng. Oftest vil dette være personer som har inngående kjennskap til helsetjenesten gjennom mange år, men der sykdomsutviklingen – forverring av tidligere sykdom eller nyoppstått tilleggssykdom – har redusert funksjonsevnen og gjort dem mer avhengig av andres hjelp. Men det kan også være personer, som på dramatisk måte har fått endret sitt liv etter en akutt og/eller alvorlig skade/sykdom. Noen av dem har fått et livslangt hjelpebehov, mens andre trenger omfattende rehabilitering med siktemål å gjenvinne mest mulig av tidligere funksjonsnivå.

Utvalget har gjennom en workshop fått innspill til hva samhandlingsutfordringene består i for noen grupper av pasienter med. Disse gruppene er:

- Barn med medfødte, sjeldne diagnoser
- Personer med akutt sykdom med plutselig, tidsbegrenset funksjonssvikt
- Personer med kronisk og varierende sykdom, men rimelig bra funksjonsnivå
- Personer med kroniske sykdommer og/eller komplekse hjelpebehov
- Personer med flere tilstander samtidig og/eller uklar/uavklart diagnose
- Voksne med alvorlige psykiske lidelser
- Personer med alvorlig rusavhengighet
- Barn og unge med psykiske lidelser
- Personer med psykisk utviklingshemming
- Personer med behov for rehabilitering
- Alvorlig syke og døende

Resultatene av denne gjennomgangen er tilgjengelig på [www.shdir.no/samhandling](http://www.shdir.no/samhandling). Mange av disse pasientene vil ha behov for hjelp fra en rekke etater og instanser i og utenfor helsetjenesten. Behovet vil være varierende fra behandlingshjelpemidler, tekniske hjelpemidler og ulike stønader fra sosial- og trygdeetat. For en del av disse gruppene er det også utstrakt samarbeid med frivillige hjelpetjenester i kommunen, pasient- og brukerorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner.

Samhandlingsbehovet varierer stort innen disse gruppene av pasienter. Forhold som kan bety noe er blant annet pasientens alder, pasientens generelle evne til å forstå, herunder pasientens samtykkekompetanse, pasientens evne til å kom-

munisere, kjennskap til aktuelle deler av hjelpeapparatet og evne til å bedømme hva ulike hjelpetiltak vil innebære for egen helse. Pasientens bo- og inntektsforhold, sosiale nettverk og avhengighetsforhold til andre personer (barn, foreldre m.v.) er andre forhold av betydning.

For noen er det nødvendig å ha hjelp fra pårørende eller andre. Mange ønsker også å ha en koordinator til å sikre god samordning av tiltak. Ønsket om koordinering vil kunne gjelde allmennlegetjenester, rehabiliteringstjenester, pleie- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, private tjenesteytere (som brukerstyrt personlig assistent) og tjenester i regi av andre etater og instanser.

Sammensatte hjelpebehov kan kreve involvering av trygdeetaten, hjelpemiddelsentralen, sosialtjenesten, barnevernet, PP-tjenesten, barnehage, oppfølgingstjenesten, Aetat og/eller arbeidsgiver. Pasienter og pårørende kan derfor måtte forholde seg til mange hjelpeinstanser og personer.

Ved kompliserte helsetilstander, der det er behov for langvarige behandlingsopplegg og mange hjelpetiltak, er det viktig med en felles forståelse av tilstanden og behandlingen hos alle involverte. En samlet oversikt over hvilke oppgaver som skal løses og hvem som skal ha ansvar for de ulike delene er en nødvendig forutsetning for at pasienten får en helhetlig behandling. I slike situasjoner er individuell plan et helt nødvendig samhandlingsverktøy. Ofte er det ikke mulig å oppnå gode løsninger uten å etablere en ansvarsgruppe rundt pasienten.

God samhandling for disse pasientene krever også mye av tjenesteutøverne. Det er ikke uvanlig at de må forholde seg til at pasienter har større forventninger enn det faktisk og reelt sett er mulig å innfri.

Opinionsundersøkelser<sup>1</sup> har også vist at befolkningens forventninger til psykisk helsevern og tjenestene til eldre er spesielt lave: for psykisk helsevern er det bare én av fire som har stor eller ganske stor tiltro til at man vil få den hjelpen man trenger, mens kun én av tre av de spurte i 2004 hadde stor eller ganske stor tiltro til at de ville få den helshjelp de vil ha behov for når de blir gamle. Denne lave tilliten vil kunne påvirke aktuelle brukere når de blir avhengige av utvidet hjelp fra disse tjenestene, og kan vanskeliggjøre samhandlingen.

Bruker- og pasientorganisasjonene har, som svar på konkrete spørsmål fra utvalget, fremhevet betydningen av brukerperspektivet. Disse organi-

isasjonene forteller om betydelig svikt i hjelpeapparatet. Særlig gjelder det samhandlingen, selv om de også peker på at mye kan fungere godt i samhandlingsrelasjonene.

Organisasjonene framhever at både gode og dårlige erfaringer fra samhandlingen i slike relasjoner, kan ha en overføringsverdi til andre områder. Organisasjonene viser konkret til gjennomførte eller pågående gode prosjekter for å bedre samhandlingen. Disse gjelder blant annet gode erfaringer med koordinatorstillinger i kommuner, gode utskrivningsrutiner i sykehus, bruk av tverrfaglige team både i sykehus og i kommuner, prosjekter for å styrke nettverksarbeid og samhandling mellom fagpersoner i primærhelsetjenesten og sykehus, og tiltak internt i sykehus for å styrke samhandlingen.

Organisasjonene sier at virksomheter som driver god samhandling, kjennetegnes av at det er etablert strukturer for samhandling som er tydelig ledelsesforankret, både på politisk og administrativt nivå. Organisasjonene nevner også at faglig spesialisering kan være viktig for visse pasientgrupper. Som eksempel nevnes sykehus med kompetansesentre og spesielle avdelinger ved sykehus med ekspertise på bestemte sykdommer.

## 6.2.2 Forventet utvikling av behov

Utvalget støtter seg til beskrivelsen av en del sentrale utviklingstrekk i kapittel 5. Statistisk sentralbyrås prognoser for befolkningsutviklingen, spesielt for eldregruppene, nødvendiggjør grundige analyser og god planlegging av behovet for tjenesteøkning på alle tjenestenivåer i helsevesenet. Den samtidige reduksjonen av omsorgskapasiteten i det uformelle hjelpesystemet medfører at helse- og sosialtjenestene må bære en enda større del av den samlede omsorgsbelastningen i samfunnet.

I "Scenario 2030 - Sykdomsutviklingen for eldre frem til 2030" fra Helsetilsynet er det gjort framskrivninger av behovene for helshjelp. På tross av at en større andel eldre holder seg friske lengre, er konklusjonen;

"Store sykdomsgrupper som dominerer i høy alder vil øke med fra 40 til 60 prosent til 2030. Dette setter store krav til helse- og sosialtjenesten. Det gjelder konsultasjoner, sykehusinnleggelser og pleie- og omsorgstilbudet. Pleiebehovet vil øke med minst 60 prosent frem til 2030."

Selv om mange eldre er ved god helse, har helsetilstand og sykkelighet en relativt sterk aldersgradient. Mange holder seg friske lengre, men den

<sup>1</sup> Se Opinion AS (2004). Tiltro til leger og helsetjenester. Landsomfattende omnibus 10.-12. mai 2004.



forlengede levealder medfører likevel et økende antall syke eldre. Med økende alder øker også andelen med sammensatte og kroniske sykdommer i befolkningen. Dette har betydelige konsekvenser for ressursbruk og -fordeling i helsevesenet. Den nye eldrebølgen vil i de kommende tiårene medføre enorme utfordringer for helse- og omsorgstjenester til eldre og kronisk syke og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. Med mindre det blir en radikal forbedring av eldres helsetilstand, vil tjenestebehovene øke ytterligere i perioden med en parallell økning av "avhengighetsbrøken".

Siden aldersdemens har en markert høyere prevalens med økende alder, vil dette gi sterke utslag i demens-omsorgen på begge nivåer, og dermed også for samhandlingen omkring disse pasientene. Samhandlingsproblemene forsterkes ytterligere, ved at disse pasientene ofte har betydelige adferdsproblemer og forvirringstilstander i tilslutning til akutt somatisk sykdom.

Utvalget vil også peke på sannsynligheten av at økningen av diabetes og belastningslidelser vil fortsette uten en massiv innsats for vektbegrensninger, for eksempel gjennom redusert sukkerforbruk. Overvekt og diabetes er risikofaktorer for utvikling av hjerte-kar-sykdommer, og utviklingen kan derfor medvirke til en ny økning også av disse.

Selv om behandlingsresultatene ved mange kreftsykdommer blir bedre, vil det at flere får kreft gjøre at flere også dør av disse sykdommene. Denne utviklingen utfordrer samhandlingen i helsetjenesten, blant annet med behov for samarbeid om cellegiftbehandling, smertelindrende behandling og behandling i terminalfasene.

Både blant barn og voksne sliter mange med langvarige psykiske lidelser, som krever omfattende omsorg over tid. Det er store forskjeller på hva slags tjenester de ulike pasientgruppene trenger, og omfanget og varigheten av behovene for behandling og samhandling. Opptappingsplanen har muliggjort en bedret omsorg, men mye gjenstår og presset på behandling ser ut til å øke, både i kommunalhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En viktig faktor i all samhandling er kommunikasjon og språkforståelse. Ut fra dette perspektivet er betydningen av økningen av innvandrerbefolkningen underkjent. Utvalget vil understreke behovet for en god tolketjeneste som en avgjørende forutsetning for god samhandling.

I hovedstadsregionen (Oslo/Akershus) gir et særlig aktivt flyttemønster spesielle utfordringer. Samhandlingen i et sektorisert helsevesen vanskeliggjøres ved mange og hyppige flyttinger, og pasi-

entene kan lett bli skadelidende dersom informasjonsoverføringen ikke er god. Det understreker behovet for standardiseringer og enkle rutiner i ikt-sektoren, som kan lette utveksling og overføring av nødvendige pasientopplysninger, jmfør punkt 7.4.5.

Syke eldre og andre pasienter med store behandlings- og rehabiliteringsbehov er særlig avhengige av god samhandling og et helhetlig tilbud. Den demografiske og epidemiologiske utviklingen understøtter derfor behovet for å vektlegge god samhandling for disse gruppene.

### 6.3 Individuell plan

Individuell plan er et viktig verktøy i samhandlingen omkring pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester. Disse pasientene er særlig avhengige av tilbud som er individuelt tilpasset. Prosessen med individuell plan skal gjenspeiles i et oversiktsdokument som bla inneholder oversikt over involverte tjenesteytere, omfang av tjenester og pasientens og tjenestens mål for arbeidet. De enkelte deltjenester vil i tillegg ofte ha lagt en egen plan som gir retning for deres oppfølging av pasienten (behandlingsplan, tiltaksplan eller lignende). For nærmere beskrivelse av reglene om individuell plan, se kapittel 4.5.

#### 6.3.1 Status for implementering av individuell plan

Statens Kunnskaps- og Utviklingssenter for helhetlig Rehabilitering (SKUR) har foretatt to undersøkelser<sup>2</sup> i norske kommuner. Den første undersøkelsen høsten 2002 var telefonintervju med alle kommunene i fire fylker. Den andre, i årsskiftet 2003/2004 var en spørreskjemaundersøkelse som ble sendt ut til alle kommuner, og 313 av 442 mulige kommuner/bydeler svarte på undersøkelsen.

Resultatene viste at 90 prosent av kommunene hadde begynt å arbeide med individuell plan i 2002, året etter forskriften ble vedtatt. I den påfølgende undersøkelsen bekreftet 93 prosent av respondentene at individuell plan var tatt i bruk, og disse utgjorde 290 kommuner/bydeler. De fleste av disse hadde utarbeidet 1-50 planer i sitt distrikt.

165 av kommunene som besvarte undersøkelsen i 2002 hadde etablerte ett henvendelsessted for individuell plan. 10 kommuner hadde da eget inntaksteam for individuell plan. Henvendelsesstedet

<sup>2</sup> Skur notat nr. 4/2002. Skur rapportserie 2004/3.

for individuell plan var i tilknytning til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, ved servicekontor/bestillerenheten, eller i helse-, sosial-, eller pleie og omsorgsavdelingen i kommunen.

Kommunene ble i 2003 pålagt å rapportere om de hadde rutiner for bruk av individuell plan for personer med psykiske lidelser<sup>3</sup>. Videre er det i den nasjonale registreringen av kvalitetsindikatorer tatt inn rapportering på bruk av individuell plan for noen pasientgrupper. Dette vil gi ytterligere informasjon om hvor mange pasienter som faktisk får individuell plan.

### 6.3.2 Hvorfor svikter det når det gjelder retten til individuell plan?

Sett i forhold til behovet, er arbeidet med individuell plan jevnt over kommet svært kort. Pasientorganisasjoner, pasientombud og tilsynsmyndigheten melder at det er store mangler tre år etter at disse reglene tok til å gjelde. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor sett seg nødt til å minne både regionale helseforetak og landets kommuner om den plikten de har til implementering av individuell plan i tjenestene i egne brev høsten 2004. Også innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse er det for utbetaling av øremerkede tilskudd til kommunene i 2005, stilt vilkår om at kommunene skal ha etablert skriftlige rutiner for utarbeidelse av individuell plan, jf rundskriv IS-20/2004 fra Sosial- og helsedirektoratet.

Det er utarbeidet omfattende veiledningsmaterieell både fra helsemyndighetene (se for eksempel IS-1013 fra Sosial- og helsedirektoratet), SINTEF og fra pasientorganisasjoner. Det er utarbeidet flere forslag til maler og dataprogram til bruk i arbeidet som tjenestene har fått tilbud om. En rekke instanser har jevnlig gått ut med tilbud om kurs og skoling i denne type arbeid, særlig mynnet på ledere og personell som skal ha koordinatorrollen i slikt planarbeid.

Erfaringer viser at individuelle planer ofte er for omstendelige og ikke fungerer som et godt arbeidsverktøy. Det blir da svært arbeidskrevende å holde disse oppdatert og kan for enkelte tjenesteytere innebære et merarbeid uten praktisk betydning. Dette kan være et resultat av at veiledning og opplæring ikke er god nok.

Det er fylkeslegene – nå Helsetilsynet i fylkene – som er klageinstans, når pasienter ikke får indivi-

duell plan eller mener den individuell plan de har fått er mangelfull. Antallet klagesaker er så langt rapportert å være svært lavt og kan også være en indikator på at det er få som kjenner til at de kan ha en rett til individuell plan. Det ble utgitt en publikumsbrosjyre samtidig med at første versjon av helsemyndighetenes veileder kom, men opplag og distribusjon av denne er ukjent for utvalget.

En forklaring på mangelfull oppfyllelse av denne retten, kan være at ansvaret for å utarbeide individuell plan ikke er tilstrekkelig klart etter regelverket slik det i dag er utformet. Når både kommunen og helseforetaket har en selvstendig plikt til å sørge for at det utarbeides individuell plan til en pasient, fører dette gjerne til at ingen tar ansvar, - man venter og ser om den annen part starter opp arbeidet. Det kan derfor være grunn til å vurdere om ansvaret for individuell plan bør forankres entydig på kommunalt nivå.

Det er i kommunen pasienten bor og mottar størsteparten av de tjenester som det er behov for å koordinere og samordne. Slik arbeidet er organisert innenfor dagens spesialisthelsetjeneste, er det i liten grad lagt til rette for at personell innen denne tjenesten skal kunne ivareta koordinatorfunksjonen på en tilfredsstillende måte. Kommunen har også mye bedre oversikt over og nærhet til de ulike lokale tjenestetilbud og rammebetingelser enn det institusjonene i spesialisthelsetjenesten kan forutsettes å ha. Spesialisthelsetjenesten må uansett ha plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan.

En annen forklaring på manglende oppfyllelse av retten til individuell plan, kan være manglende prioritering av dette arbeidet fra ledelsens side, altså at plikten ikke i tilstrekkelig grad er implementert i virksomheten, se for eksempel rapport fra Trefjord og Hatling (2004). For å lykkes i dette arbeidet må det legges til rette for at tjenesteyterne kan jobbe med individuell plan og da særlig i forhold til koordinatorfunksjonen.

Mange mennesker som trenger sammensatte og langvarige tjenester, klager på at ingen tar ansvar for helheten og at de synes det er tungt å måtte forholde seg til så mange ulike instanser og personer, spesielt når det oppstår problemer i samarbeidet. Utvalget understreker at koordinatoren for individuell plan også har en viktig funksjon når det gjelder å bistå pasienten i oppfølgingen av de ulike tiltak i planen, ikke bare i forbindelse med utarbeidelsen av individuell plan. Dette er nærmere omtalt i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten. Utvalget viser til drøftingen der.

Erfaringer hittil tyder på at leger, både fastleger og leger innenfor spesialisthelsetjenesten, i liten

<sup>3</sup> Se tabell 15.2 i Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Sammenlikningstall for kommunen 2004. Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet

grad har deltatt i arbeidet med individuelle planer selv om de er viktige premissleverandører for individuell plan-arbeidet. Fastlegene har en sentral rolle når det gjelder å koordinere det medisinske hjelpebehov for sine pasienter. I normaltariffen for leger er det derfor også en egen takst som kan benyttes ved tverrfaglige samarbeidsmøter med helse- og/eller sosialfaglig personell bl.a. i forbindelse med individuell plan.

Selv om fastlegene er viktige deltakere i dette arbeidet, er det ikke gitt at de skal ha koordinatorfunksjonen. For eksempel er det ofte mer hensiktsmessig at helsesøstre har koordineringsoppgaven når det gjelder individuell plan for barn eller at psykiatriske sykepleiere i kommunen er koordinator for individuell plan for psykiatriske pasienter. Ruskonsulenten vil ofte være nærmest til å ha koordinatorfunksjonen i forhold til individuell plan etter sosialtjenesteloven for rusmiddelmissbrukere. Der som det i hovedsak er behov for koordinering av spesialisthelsetjenester, vil imidlertid fastlegen måtte ha en sentral rolle, - også når det er behov for individuell plan.

Privatpraktiserende helsepersonell generelt bør trekkes mer inn i arbeidet med individuell plan. Dette vil være i tråd med formål og intensjon med individuell plan-ordningen og vil bidra til bedre samhandling omkring pasienten. Foruten fastlegen bør også privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd fra kommunene og privatpraktiserende legespesialister og psykologer som har driftsavtale med regionale helseforetak involveres i individuell plan. Det kan derfor være grunn til å vurdere om dette bør klargjøres i regelverket. Med en regulering i helsepersonelloven, kan også privatpraktiserende helsepersonell forpliktes til å delta i arbeidet med individuell plan for de pasienter som har en slik rett. Men også for helsepersonell i offentlig tjeneste vil en slik presisering i loven understreke betydningen av arbeidet med individuell plan.

Det er ikke tatt inn bestemmelser om deltakelse i individuell plan i det regelverk som regulerer virksomheten til trygdeetat, barnevern, Aetat, skole (herunder PPT) og barnehage. I noen tilfeller er det imidlertid hensiktsmessig å involvere disse instansene i pasientens individuelle plan. Da kan det være et problem å få disse til å prioritere arbeidet. Mange av de nevnte instanser har i sitt regelverk en generell plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere og sektorer, men de har altså ikke en eksplisitt plikt til å delta i individuell plan. Dette kan innebære en skranke i forhold til å få til det ønskede samarbeid med disse instanser.

Administrasjonssjefens overordnede instruksjonsmyndighet vil kunne ivareta det behovet man har for bistand fra den kommunale barneverntjenesten og fra barnehage- og skolesektor. Også innenfor disse sektorene er det imidlertid private aktører som ikke automatisk hører under kommunens eller fylkeskommunens instruksjonsmyndighet. Det bør derfor vurderes om plikten til å delta i arbeidet med individuell plan også skal lovfestes i hjemmelsgrunnet for de tjenester som her er nevnt, både kommunale, private og statlige.

Utvalget mener derfor det er grunn til å vurdere en harmonisering av regelverket på dette punkt for å sikre at ordningen med individuell plan blir mer treffsikker i forhold til den målgruppen den er ment å ivareta. Det psykiske helsevernet vil etter en slik harmonisering ha samme plikt som den øvrige spesialisthelsetjenesten til å delta i kommunens arbeid med individuell plan.

Pasientenes rett til individuell plan er hjemlet i pasientrettighetsloven. Den tilhørende pliktbestemmelsen i psykisk helsevern-loven har imidlertid en annen utforming enn de øvrige pliktbestemmelsene i tjenestelovene. Etter denne lovens § 4-1 skal i utgangspunktet *alle* pasienter under psykisk helsevern ha en individuell plan for vernet. Ved frivillig psykisk helsevern skal ikke planen utarbeides uten vedkommendes samtykke, mens den er obligatorisk for pasienter på tvang, uavhengig av samtykke eller ikke. I forskrift om individuelle planer av 8. juni 2001 er det gitt nærmere bestemmelser om prosess og innhold i slike planer.

For pasienter som har kortvarig oppfølging fra psykiatrien, for eksempel akuttinnleggelse i sykehusenhet, skjermingsopphold på døgnavdeling på distriktpsykiatriske sentre eller kortvarig utredning på en poliklinikk, vil det være praktisk umulig for institusjonen å lage en individuell plan slik den er definert og beskrevet i individuell plan-forskriften. I slike tilfeller er det en plan for behandlingen/utredningen som bør være lagt (behandlingsplan). Plikten til å utarbeide individuell plan slik forskriften bestemmer for alle på psykisk helsevern viser seg derfor i mange tilfeller praktisk umulig og lite hensiktsmessig. Dette innebærer en uklarhet om rettigheter og plikter som i mange tilfeller fører til frustrasjon både for pasienter/pårørende og tjenesteytere fordi det skaper urealistiske forventninger.

Utvalget kan ikke se at det foreligger noen god begrunnelse for den "særordningen" som her er etablert i psykisk helsevernloven. Krav til plan og mål for behandlingen er velbegrunnet, men for øvrig bør det etter utvalgets oppfatning være de samme kriterier for rett til individuell plan både i

somatikken og psykisk helsevern, altså at pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester (sammensatte behov). At det forholdsmessig sett vil være flere psykisk syke som oppfyller kriteriene for rett til individuell plan enn det er innenfor somatikken, er ikke noe argument for at individuell

plan skal være obligatorisk for en hel pasientkategori. Utvalget mener derfor det er grunn til å vurdere en harmonisering av regelverket på dette punkt for å sikre at ordningen med individuell plan blir mer treffsikker i forhold til den målgruppen den er ment å ivareta.

## Kapittel 7

# Samhandlingen mellom tjenesteutøverne

### 7.1 Fastlegens rolle

Utvalget legger til grunn at fastlegen skal være en koordinator for sine pasienter, og på denne måten ha en helt sentral rolle i samhandlingen. Samtidig konstaterer utvalget at fastlegenes rolle i samhandlingen ikke har vært hovedtema i de forsknings- og evalueringsrapporter som foreløpig foreligger om fastlegeordningen. Analysen vil derfor også bygge på innspill utvalget har mottatt i egen workshop, og på utvalgets beste skjønn. Utvalget har spesielt tatt utgangspunkt i de forhold, der Helse- og omsorgsdepartementet i sin evalueringsrapport<sup>1</sup> skriver at det er "avdekket svakheter" ved ordningen.

Fastleger (og avtalefysioterapeuter mv) skiller seg fra annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten, ved at de i hovedsak er selvstendig næringsdrivende og ikke kommunalt ansatte. Dette stiller særlige krav til innretningen av virkemidler, for å sikre at de aktivt bidrar til å oppnå målene for offentlig helsepolitikk, blant annet for samhandlingskrevende pasienter. Utvalget har derfor drøftet både bruk av økonomiske insentiver og tydeligere krav til innhold i tjenesten.

#### 7.1.1 Fastlegens betydning for samhandling i helsetjenesten

En av intensjonene med innføringen av fastlegeordningen var å bedre allmennlegetjenesten for dem som trenger det mest, ettersom kronisk syke pasienter har større behov for stabilitet og kontinuitet i lege-pasient-forholdet.

Tilhengerne av ordningen vektla mulighetene for bedre oppfølging, for eksempel ved at sykehus og hjemmesykepleie til enhver tid skulle vite hvem som var pasientens lege. Skeptikerne fryktet at legen ble privatisert og kanskje ikke ville være like aktiv i nødvendig tverrfaglig samarbeid for sine pasienter. De fremhevet at den områdebaserte tjenesten som distrikts- og kommunelegeordningen hadde bygget på, skapte bedre forutsetninger for samarbeid til pasienter med store hjelpebehov.

I en tidsskriftartikkel (Brekke m.fl 2001) rundt innføringen av fastlegeordningen skrev noen fremtredende leger i det allmenntilleggsmedisinske miljøet følgende:

"Minst like viktig er det nok at legen blir "en adresse for ansvar" også for andre instanser som har med pasientene å gjøre: sosialkontor, rusmiddelomsorg, somatiske sykehusavdelinger, psykiatriske institusjoner, barnevern, hjemmesykepleiere etc., alle vil få en økt forventning om å involvere pasientens faste lege i behandling og oppfølging. Antakelig er det i dag mange allmennleger som har definert seg ut av slikt samarbeid, og det foreligger sannsynligvis et reelt underforbruk av allmennlegetjenester på en hel del områder. Etter vår mening både vil og bør fastlegeordningen føre til at allmennlegene kommer mer på banen i tverrfaglig samarbeid rundt enkelte pasienter."

Det er ikke tvil om at fastlegen er blitt en fast adresse for samarbeidspartnere. Så langt konstaterer imidlertid utvalget at det er motstridende signaler på om fastlegene har tatt større del i tverrfaglig samarbeid. Mange uttalelser fra annet fagpersonell i kommuner og bydeler kan tyde på at forventningene på dette området ikke er innfridd.

Evalueringen har så langt bare i begrenset grad gitt systematisert kunnskap om hvordan fastlegeordningen fungerer for såkalte "utsatte grupper", for eksempel kronisk syke, rusmisbrukere, eldre med demens og asylsøkere. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor nå igangsatt flere slike evalueringsprosjekter.

Utvalget vil spesielt peke på at det er vanskelig å få fastlegene til å delta og bidra i arbeidet med individuelle planer, jamfør omtalen i avsnitt 6.3. Dette bekrefter legenes egen beskrivelse om at "mange allmennleger har definert seg ut av slikt samarbeid" fortsatt står ved lag, og at situasjonen ikke har bedret seg selv om fastlegene har fått en tydeligere ansvarsrolle. Utvalget finner det nødvendig at fastlegene selv, og deres foreninger, må ta egenansvar for å delta i individuell plan.

Økt tilgjengelighet og bedre kontinuitet har vært sentrale mål med ordningen. Det er også registrert bedret tilgjengelighet mange steder,

<sup>1</sup> Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Helse- og omsorgsdepartementet, desember 2004

blant annet med redusert ventetid på time hos fastlegene. Men samtidig har mange klaget på at det er vanskeligere å få snakket med legen på telefon, og opinionsundersøkelser har vist at færre var svært fornøyde med telefontilgjengeligheten i 2003 (24 prosent) enn i 2000 (30 prosent). En stor undersøkelse av telefontilgjengeligheten på 100 tilfeldig utvalgte fastlegekontorer høsten 2003 bekrefter at noen kontorer har dårlig tilgjengelighet, men sammenliknet med tidligere registreringer viser denne undersøkelsen at tilgjengeligheten er bedret til tross for en meget stor økning i pågangen (Sandvik m.fl. 2005).

Helsemyndighetene har også mottatt en del henvendelser fra personer som har hatt problemer med å få hjelp hos andre fastleger enn sin egen. Spesielt gjelder dette tilgang til fastlege i andre kommuner hvor man midlertidig oppholder seg, blant annet for tilreisende og studenter.

Utvalget registrerer at Helse- og omsorgsdepartementet ved tilsynsmyndigheten vil følge utviklingen på de forskjellige områder for tilgjengelighet nøye, blant annet telefontilgjengelighet.

Utvalget har også registrert at det fra 1998 til 2002 har vært en reduksjon i gjennomsnittlig konsultasjonstid hos norske allmennleger. På den ene siden kan dette bidra til bedre tilgjengelighet gjennom at flere pasienter slipper til hos lege. Her er det likevel viktig å følge nøye den videre utvikling, fordi pasienter med sammensatte problemer ofte trenger mye tid hos legen.

### 7.1.2 Utvikling av fastlegetjenesten

Ett av formålene med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten. Det er derfor viktig at det foregår forskning og fagutvikling også på dette feltet. De regionale helseforetakene har valgt ut forskning som et strategisk område og vil samarbeide med universitetene om tiltak. Det kan ikke forventes at kommunene på samme måte kan satse på forskning i kommunehelsetjenesten og fastlegetjenesten.

Utvalget er kjent med at mange fastleger driver egen kvalitetsutvikling, og at departementet også har gitt løfter om økt satsing på allmennmedisinsk forskning og fagutvikling i statsbudsjettet for 2005 (St.prp.nr.1 (2004-2005)). Det blir i denne sammenheng viktig å rette oppmerksomheten mot fastlegenes samhandling med sine pasienter og samarbeidspartnere.

Fastlegeordningen sikret den enkelte lege oversikt over størrelsen og sammensetningen av sin pasientpopulasjon. Kjent pasientpopulasjon gir gode muligheter for kvalitetsutvikling av det indiv-

idrettede legearbeidet. Danmark har lang erfaring med fastlegeorganisering av legetjenesten, og der utnyttes de forhold at pasientpopulasjonen er kjent og at legene har elektroniske pasientjournaler, til systematisk utviklingsarbeid. Den enkelte lege får jevnlig tilbakemeldinger om sin praksis og behandlingsprofil, og kan sammenholde denne informasjonen med tilsvarende opplysninger om gjennomsnittslegen i praksisområdet. Også i Norge har det gjennom flere år vært arbeidet med utvikling av systemer som kan brukes til å kartlegge aktivitet i allmennlegetjenesten og innholdet i kontakten mellom lege og pasient. Utvalget er enig i at dette vil være et godt grunnlag for å utvikle kvalitetsindikatorer for fastlegetjenesten, og at arbeidet må gis prioritet.

Utvalget ser samtidig behov for at myndighetene kan sette tydeligere kvalitets- og funksjonskrav til fastlegene. Hensikten må blant annet være å sikre at fastlegene på en god måte ivaretar behovene til de listepasientene som trenger det mest. Lov og avtaler gir den enkelte fastlege plikter og ansvar for organiseringen av praksis overfor brukerne. Utvalget ser behov for å innarbeide tydeligere kvalitets- og funksjonskrav i avtaleverket. Som et eksempel er det viktig at kommunene sikrer at fastlegene følger opp det økende antall beboere i omsorgsboliger på en god måte. Mange av disse har et funksjonsnivå på linje med tidligere sykehjemspasienter, og trenger et forsvarlig legetilsyn for å kunne bli boende i en omsorgsbolig.

### 7.1.3 Økonomiske insentiver til samhandling

Fastlegene mottar i gjennomsnitt 30 prosent av sin brutto inntekt fra kommunens basistilskudd (listetilskudd) og 70 prosent i refusjoner fra Rikstrygdeverket og egenbetaling fra pasientene. Valget av en blandet finansieringsmodell er blant annet begrunnet med at dette både bidrar til at legen vil ta ansvar for en bestemt pasientpopulasjon, samt at det bidrar til at legen yter tjenester til personene på listen. Selv om det i litteraturen er stor grad av enighet om effekter av ulike avlønningskomponenter på legenes adferd<sup>2</sup>, er det lite kunnskap om hva som er den "riktige" fordelingen. I fastlegeforsøket utgjorde begge komponentene 50 prosent av gjennomsnittslegens brutto inntekt, men dette ble endret i forbindelse med den landsomfattende reformen.

<sup>2</sup> Se for eksempel: Glied og Zivin 2002, Kristiansen og Mooney 1993, Krasnik et al. 1990, Murrey et al. 1992, Hickson et al. 1987, Scott and Hall 1995, Donaldson and Gerard 1989, Lurås (2004).

Utvalget har ikke grunnlag for å si at reduksjon av øvre listetak vil ha gode konsekvenser for samhandlingen i helsetjenesten. Det er likevel grunn til å se nærmere på i hvilken grad finansieringsordningen stimulerer til lange lister, og om dette bør revurderes. I Nederland mottar for eksempel legene en fast per capita sats for de første 1600 pasientene på listen, mens de for personer over dette antall får en lavere sats (Solholm 2003). Indikatorer på behov for begrensninger i listestørrelse kan for eksempel være dårligere tilgjengelighet eller høyere henvisningsrater til spesialisthelsetjenesten.

I den foreløpige evalueringen har Helse- og omsorgsdepartementet registrert en meget svak økning i fastlegenes henvisninger til spesialist/sykehus. Samtidig viser en mindre undersøkelse (fokusgruppeintervjuer med 81 fastleger) at fastlegene i større grad enn før opptrer som pasientens hjelper ("advokat" eller "portåpner") og i mindre grad ønsker å være "portvakt" og ivareta samfunnsøkonomiske hensyn. Dette forklares med økt konkurranse legene i mellom og endrede holdninger/større forventninger hos pasientene. Knyttet til endring i maktbalansen i lege-pasientforholdet er det blitt mer problematisk for legene å fungere som portvakt i forhold til å begrense unødvendig bruk av helsevesenets ressurser.

Det finnes ingen eksakt standard for hvilket omfang henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal ha. De pasientgrupper utvalget skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot, vil uansett ha et høyere forbruk av spesialisthelsetjeneste enn den gjennomsnittlige innbygger. For disse pasientene er det viktig å sikre at de blir henvist når det er nødvendig, og at pasienter med sammensatte sykdomsbilder også får rimelig anledning til fornyet vurdering.

For pasienter med store og sammensatte behov er det viktig at finansieringsordningen kan bidra til at fastlegene tar ansvar for disse pasientene, og at de samhandler om pasientene. En gradering av listetilskuddet slik at samhandlingskrevende pasienter gir et høyere tilskudd til legen, vil understøtte at fastlegen tar et større ansvar for disse pasientene. I fastlegeforsøket fikk fastlegene utbetalt en høyere sats for personer over 75 år og i England er per capita komponenten både aldersgradert<sup>3</sup> og gradert ut fra sosialt område. Fra internasjonal litteratur vet vi at det kan være vanskelig å finne gode kriterier for gradering av per capita tilskuddet (Newhouse 1989, 1992 og 1996). Dette

begrunnes blant annet med at det ikke nødvendigvis er en klar sammenheng mellom graderingskriteriet og behovet for helsetjenester. Så lenge per capita komponenten kun utgjør 30 prosent av fastlegens inntekt tror utvalget at en høyere per capita sats, for eksempel en høyere sats for personer over 80 år, vil bety lite rent økonomisk for legen, men vil likevel kunne ha en viktig symbolsk betydning.

Fra litteraturen vet vi at fastlønnskomponenter kan brukes for å stimulere legene til en mer helhetlig pasientbehandling, samt til å samarbeide tverrfaglig om pasientene. For å bidra til samarbeid og samhandling kan derfor en del av legenes inntekt utbetales som et fast driftstilskudd uavhengig av listelengde. I England er basisfinansieringen delt i en komponent som er uavhengig av listestørrelse og som er ment å dekke faste kostnader, og en komponent som avhenger av listestørrelse (Solholm 2003). En endring i utformingen av listetilskuddet slik at antall personer over 80 år gir større økonomisk uttelling vil kunne redusere effekten av å ha lange lister. Ved en dreining i retning av større vektlegging av basisfinansiering og mindre vektlegging av stykkpris vil dette være et virkemiddel utvalget vil anbefale.

Nye takster eller høyere relative satser for bestemte undersøkelser eller prosedyrer er virkemidler som benyttes for å få legen til å øke satsingen på et bestemt område eller øke innsatsen overfor bestemte pasientgrupper. Enkelte har antydning at en takst for utarbeidelse av individuell plan vil bidra til at fastlegene i større grad enn i dag deltar i dette arbeidet. Det finnes per i dag to takster, takst 14 og takst 2c, som henholdsvis gir legene rett til å utløse en takst i forbindelse med tverrfaglige møter og rett til en tilleggtakst for tidsbruk ved lange konsultasjoner (per påbegynte 15 min for tidsbruk utover 20 min). Normaltariffen tar med andre ord høyde både for ekstra tidsbruk i forbindelse med den enkelte konsultasjonen og tidsbruk knyttet til tverrfaglig samarbeid. Det er viktig at informasjon om at disse takstene kan brukes i individuell plan arbeid kommer med i taksheftet.

Generelt vil utvalget se det som gunstig om takstsystemet innrettes slik at det tilgodeser leger som gjør godt arbeid for pasienter med store og sammensatte problemer.

#### **7.1.4 Kommunenes ansvar for legetjenestene**

Kommunenes utgifter til fastlegeordningen er etter innføringen forutsigbar ved at per capitatilskuddet (basistilskuddet) i fastlegeordningen er knyttet til hvor mange av kommunens innbyggere

<sup>3</sup> Per capita komponenten har en tredelt sats; under 65 år, 65 til 74 år og over 75 år (Solholm 2003).

som står på fastlegenes lister. Med den store oppslutningen om ordningen blir det for kommunene økonomisk nøytralt om det er få eller mange fastleger i kommunen.

Kommunen har imidlertid betalingsansvar for allmennmedisinsk offentlig legearbeid og for organiseringen av legevaksarbeidet. For disse ordningene er det slik at utgiftene blir større for små enn store kommuner, og derfor viser tall fra Statistisk sentralbyrå at små kommuner fortsatt har gjennomgående høyere utgifter per innbygger enn store kommuner.

Fastlegenes medvirkning i offentlig legearbeid, blant annet i sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjeneste, har vist svært liten økning. Fra 2000 til 2003 økte antall legeårsværk i kommunehelsetjenesten med 322 årsværk, hvorav 315 var innenfor kurativ virksomhet og de resterende 7 var innenfor offentlig legearbeid.

Det opplyses at Helse- og omsorgsdepartementet vil avvente resultater fra flere prosjekter/utredninger i 2004-2005, og først etter disse eventuelt ta initiativ til en gjennomgang av hvordan ulike typer allmennmedisinske offentlige legeoppgaver blir ivaretatt. De påpeker at det i første omgang er kommunenes ansvar å sikre tilstrekkelige ressurser til dette arbeidet.

Kommunene kan gjennom fordeling av dette legearbeidet øke fastlegenes forståelse for kommunens øvrige arbeid med helse- og omsorgstjenestene, og bedre integrere fastlegene i tverrfaglig samarbeid. Alternativet for kommunene er å styrke legearbeidet for eksempel på sykehjem gjennom å tilsette egne leger til dette arbeidet. En fordel med slike ordninger er at sykehjemmene kan få leger i større stillinger, og muligens også leger som dermed er mer dedikerte for oppgaven.

Så langt ser det ikke ut til at kommunene benytter muligheten i fastlegenes rammeavtale til å øke legevolumet på sykehjemmene. Dette er spesielt nødvendig for å sikre mer aktiv diagnostikk og behandling for korttids- og rehabiliteringspasienter. Det er utvalgets vurdering at trange økonomiske rammer har hatt større betydning enn uvilje blant fastlegene til å påta seg oppgavene. Det vises i denne sammenhengen til at avtaleverket ga kommunene mulighet til å bruke 700-800 legeårsværk til offentlig allmennmedisinsk legearbeid i 2003, mens knapt 500 ble benyttet. I følge en undersøkelse kan det tyde på at fastlegene i gjennomsnitt har inngått avtaler med sin praksiskommune om 5,5 timer offentlig legearbeid (Godager 2003). Utvalget deler Helsetilsynets bekymring for legetjenesten i sykehjem, når

mange leger i små bistillinger skal yte viktige legetjenester til stadig sykere pasienter. Utvalget er ikke i tvil om at dagens sykehjem trenger bedre legedekning med både flere legetimer og bedre kontinuitet

Fastlegeordningen er fremdeles i en tidlig etableringsfase, og utvalget legger til grunn at det fortsatt er behov for lokale tilpasninger. Med målsettingen om bedre samhandling vil utvalget peke på følgende muligheter for kommunene:

- Sikre tilstrekkelig kapasitet til å kunne tilby innbyggerne reell valgmulighet ved ønske om bytte av fastlege (dvs. minimum to ledige lister å bytte til) og mulighet for ny vurdering hos annen fastlege.
- Bruke den individuelle fastlegeavtalen til å sikre allmennmedisinske offentlige legeressurser i blant annet sykehjem.
- I samarbeid med legene sikre at det er tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp fram til det tidspunktet legevaktordninger overtar.
- Som kontraktspart følge opp at fastlegen overholder sine forpliktelser blant annet med hensyn til tilgjengelighet. Ventetid på time og telefonilgjengelighet er tilgjengelighetsaspekter som bør følges opp.
- Opprette kombinerte legestillinger for å sikre en større helhet i det offentlige legearbeidet, og for å gi kommunene en større grad av fleksibilitet med hensyn til organisering av legetjenesten.

I tillegg vil utvalget oppfordre kommunene til å systematisere erfaringene med fastlegeordningen og legevaktstjenesten, spesielt fordi bruken av ordningene er gjensidig avhengig av hverandre (Jøsendal og Aase 2004). Det er også holdepunkter for å si at når fastlegene får systematiske tilbakemeldinger om egne listepasienters bruk av legevakt, så endrer det legenes adferd. Slik informasjon vil kunne være av særlig betydning for fastlegenes hjelp til samhandlingskrevende pasienter, på samme måte som informasjon om deres sykehusopphold.

#### *Samfunnsmedisinsk arbeid*

Ved innføringen av fastlegeordningen valgte en å holde kommune(over)legens arbeid utenfor, siden reformen i hovedsak gjaldt det kurative arbeidet. Mange var kritiske til dette, ut fra forventede konsekvenser for samfunnsmedisinsk arbeid. I ettertid ser det ut til at skeptikerne har fått rett. Enda flere kommuner og bydeler enn før sliter med å få leger til å være medisinsk-faglige rådgivere. Ut fra



et samhandlingsperspektiv mener utvalget at en aktiv samfunnsmedisiner har en viktig posisjon, både for intern samhandling i kommunen og i kommunens/bydelens samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Det er nå åpnet mulighet for frivillig inngåelse av avtale med fastleger også om samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid, ved at de gis rett til reduksjon av plikten til allmenntilleggs offentlig legearbeid og til reduksjon av listetaket. Utvalget mener det er viktig at samfunnsmedisin i fremtiden inngår i de oppgaver som kommunen kan pålegge fastlegene innenfor påleggsklausulen på 7,5 timer.

For å gjøre samfunnsmedisinske oppgaver mer konkurransedyktig med fastlegearbeid, diskuteres også muligheter for alternativ godtgjøring av samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid. Utvalget regner med at disse forhold blir nærmere vurdert og ivare tatt av Helse- og omsorgsdepartementet, etter at høringsrunden om samfunnsmedisinens fremtid i Norge er avsluttet.

## 7.2 Samhandling internt i kommunene

På kommunalt nivå kan utgangspunktet for det interne samarbeidet være vidt forskjellige, fordi norske kommuner varierer så mye, både i geografi, utstrekning, størrelse og folketetthet. Selv om en avgrenser seg til helse-, pleie- og omsorgstjenestene vil disse forhold gi store forskjeller i hvor mange enheter og fagpersoner som inngår i samarbeidet.

### 7.2.1 Koordinering av pasienthenvendelser

De aller fleste brukere av helsetjenester mottar et langt større og mer omfattende tilbud av kommunen enn av spesialisthelsetjenesten. Pasienter innen områdene rehabilitering, pleie- og omsorg, rus og psykiatri kan ha behov for svært omfattende og langvarige tjenester. For brukere av disse tjenestene er det ofte viktigere at de ulike tjenesteenhetene i kommunene har god kommunikasjon med hverandre og en felles forståelse av behov og mål, enn om samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten fungerer godt.

En differensiert utvikling av tjenestene tilsier at behovet for god samhandling internt i kommunene er økende. I tråd med utviklingen fra særomsorg til dagens sektorinndelte ansvarsform organiserer kommunen virksomheten etter tjenester og ikke brukergrupper. Det innebærer at den enkelte bruker må forholde seg til flere organisatoriske enhe-

ter en tidligere. Flere enheter og personer deltar i utformingen og utøvelsen av tjenestetilbudet til den enkelte bruker, og i mellomstore og store kommuner skaper det store utfordringer i samhandlingen mellom enhetene.

En stor og fragmentert organisasjon har betydning for publikums/brukernes kontakt med kommunen. Søkere på tjenester, tjenestemottakere og pårørende som ønsker informasjon om tjenestene kan ha vanskeligheter med å henvende seg til rett person/enhet i kommunen. En lite oversiktlig kommuneorganisasjon, dårlig kjennskap til de relevante tjenestene og om hvilke rettigheter man har, gjør det vanskelig å vite hvilken enhet i kommunen man skal oppsøke for å få nødvendig informasjon. De kan også oppleve at den interne ansvars- og arbeidsfordelingen er uklart, og at nye omorganiseringer skaper nye enheter og ofte også rokkerer på personell. Tilsvarende kan det være vanskelig for den som mottar henvendelsen å besvare eller videresende denne til rett enhet/person. Det kan være uklart hvilke rettigheter den enkelte har eller hvilke tjenester som er relevant i det enkelte tilfelle. Det kan medføre at saken flyttes internt i kommunen uten at noen påtar seg ansvaret for saken. For publikum vil manglende kommunikasjon mellom tjenesteenhetene oppleves som ansvarsfraskrivelse og unødvendig tidspille.

Kommunen er selv ansvarlig for å organisere seg hensiktsmessig for å løse sine lovpålagte oppgaver. I forskrift om habilitering og rehabilitering er det imidlertid fastsatt særskilte krav, ved at kommunene skal ha en "koordinerende enhet" for denne virksomheten, jmf. nærmere drøfting i avsnitt 7.5. Bakgrunnen for kravet er at (re)habilitering er en tverrfaglig og/eller tverretattlig virksomhet som krever utstrakt samhandling mellom mange tjenester og fagpersonell. I dag stiller ikke lovverket tilsvarende krav om å legge til rette for andre pasientgrupper med liknende koordineringsbehov.

Kommunene har i forvaltningsloven en generell veiledningsplikt som skal sikre brukerne og pårørende nødvendig informasjon om tjenestene. Kommunene står imidlertid fritt til å organisere virksomheten på en måte som ivaretar denne oppgaven. Det stilles ingen generelle krav om at brukeren skal kunne oppsøke én enhet i kommunen som har ansvaret for kontakt med publikum. Enkelte kommuner og bydeler har forbedret disse tjenestene ved å etablere servicekontor, samlet eller for pleie- og omsorgstjenestene, hvor henvendelsene mottas med faste rutiner på kontakt med og videresending rett til avdeling.

### 7.2.2 Samarbeidspartene må ha en adresse

Eksterne samarbeidsparter kan ha de samme vanskeligheter som publikum når de forsøker å finne rett adressat og kontaktperson i kommunen. Dersom pasienten selv ikke har oppgitt en navngitt fagperson og samtykket i henvendelsen, er det mange eksempler på at spesialisthelsetjenesten bruker mye tid for å få kontakt og formidle nødvendige beskjeder, for eksempel om nye pasienter. De har derfor det samme behovet som publikum for å ha en klar adresse ved henvendelser til kommunen. Det gjelder blant annet ved spørsmål om tjenestetilbud til utskrivingsklare pasienter, rusmisbrukere og psykiatriske pasienter etter opphold i spesialisthelsetjenesten. En nødvendig forutsetning for god kommunikasjonen mellom forvaltningsnivåene er at den kommunale adressen settes i stand til å gi spesialisthelsetjenesten den nødvendige informasjon. En for fragmentert tjenesteorganisering gjør det vanskeligere for kommunen å få nødvendig oversikt over eget tjenestetilbud. Det øker risikoen for at nødvendige tjenesteenheter kommer senere inn i oppfølgingen av tjenestemottakeren enn nødvendig.

### 7.2.3 Koordinering av kommunale tjenester

De fleste helseforetak og kommuner er linjeorganisasjoner, med til dels skarpe skiller mellom søylene (divisjoner, etater, avdelinger, resultatenheter m.fl.). For pasienter med flere og/eller uklart definerte behov skaper denne inndelingen problemer, ved at ting tar lenger tid, krever nye søknader, til dels også mange gjentakelser, både med utspørringer (sykehistorie) og undersøkelser. Utvalget har det inntrykk at kommunesektoren har kommet lenger enn sykehussektoren i å utvikle matriser, som på bedre måte ivaretar slike "tverrgående" pasientbehov i sin organisasjon.

Likevel er det også i kommunene store interne samhandlingsbehov og -problemer. Vanlige eksempler på slike kan være når pasienter har hjelpebehov som krever aktivt samarbeid:

- mellom helsestasjon, fastlege og skole/barnehage, noen ganger også barnevern
- mellom psykiatriske sykepleiere, fastlege og sosialkontor
- mellom hjemmesykepleie, fysio/ergoterapeut og fastlege
- mellom ulike hjemmetjenester og sykehjem

I de fleste slike tilfelle vil det også være nødvendig å etablere et godt samarbeidsforhold med pårørende, og svært ofte vil eksterne aktører

være involvert i pasientbehandlingen. I de aller fleste kommunene er arbeidsrutinene møysommelig utviklet og forbedret, oftest gjennom prøving og feiling, men i økende grad gjennom mer systematisk innhenting av erfaringer og evalueringer. Kravet om internkontrollsystemer har medvirket til et løft. Det samme har Helsetilsynets økende systematikk med gjennomføring av landsomfattende tilsyn med utvalgte deler av tjenestekområdene.

Pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenestene er personalkrevende virksomheter, og utgjør samlet en stor del av kommunale budsjetter. Det betyr samtidig at en er avhengige av godt samarbeid mellom mange tjenesteenheter og ansatte. Det er derfor særlig viktig at kommunen/bydelen vektlegger god og enhetlig ledelse av disse tjenestene, og sikrer at alle arbeider mot omforente mål. For å få til best mulig kapasitetsutnyttelse i disse virksomhetene er det også viktig at sykehjemmene brukes aktivt til rehabilitering og korttidsopphold. Etter utvalgets vurdering er det da en forutsetning at denne delen av sykehjemmene får tilført mer ressurser til aktivitetstilbud, fysioterapi- og legetjenester.

I andre kapitler og avsnitt drøfter utvalget særskilte områder, der utvalget også har forslag til tiltak, jamfør bl.a. individuell plan (6.3), fastlegeordningen (7.1) og legemiddelhåndteringen (7.4.6). For eksempel kan samhandlingen mellom kommunalt ansatt personell og privatpraktiserende avtalepersonell, hvilket i kommunal sammenheng betyr fastleger og fysioterapeuter, medføre helt spesielle utfordringer. Det er vanskelig å få dette samarbeidet til å fungere på en likeverdig måte, og særlig er det stort behov for at både de ansatte og de privatpraktiserende respekterer og tar hensyn til sine ulike arbeidsforutsetninger.

Det er også et problem at kommunene i dag ikke kan stille funksjons- eller kvalitetskrav til privatpraktiserende fysioterapeuter. Det kan føre til at viktige deltjenester til pasientgrupper som trenger et helhetlig tilbud, mangler i kommunens "verktøykasse".

#### *Vurdering og tildeling av tjenester*

I pleie- og omsorgstjenestene har mange kommuner skilt forvaltningsoppgavene fra drifts- og utføreroppgavene. Det betyr at alle som søker om nye tjenester eller utvidet hjelp, skal få sine behov vurdert av eget personell.

I Norge ble etableringen av ulike varianter av slike bestiller-utførermodeller begrunnet ut fra ret-

tighetsbetraktninger<sup>4</sup>. I praksis er det også en forvaltningsreform begrunnet i hensynet til overholdelse av kommunens lovpålagte plikter. Hensynet til en bedre saksbehandling, som skulle sikre større likhet og bedre rettssikkerhet, har vært vektlagt. En positiv bieffekt har vært at publikum, pasienter og pårørende har fått "ett sted å henvende seg".

Blant negative effekter har en særlig trukket fram det skarpe skillet til utførerleddet, altså det hjelpepersonellet pasientene møter. I seg selv skaper dette et bilde på økt byråkratisering, og i tillegg kan forsinkelser i søknadsbehandlingen forsterke inntrykket. Særlig vil dette kunne ramme pasienter med store hjelpebehov, bl.a. dem som har perioder med betydelig sykdoms- og funksjonsforverring. Dersom slike enheter ikke dimensjoneres med god kapasitet, vil de kunne bli et forsinkende ledd. Kommunene må derfor ha et utførerapparat som stiller opp med nødvendig "akutthjelp" inntil vurderingen av det endelige hjelpebehovet er avklart.

Etter utvalgets vurdering er det nødvendig at de som skal tildele tjenester og fatte vedtak, har en løpende dialog med dem som skal utføre tjenestene. Vedtakene kan heller ikke bli så spesifikke og detaljerte at tjenesteyterne ikke kan bruke sitt faglige skjønn. På denne måten kan man finne fram til en fleksibel og hensiktsmessig arbeidsfordeling, som sikrer mot unødig byråkrati og samtidig sikrer pasientene rettssikkerhet og tilgang til riktig tjenestetilbud.

### 7.3 Samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten

Manglende samhandling internt i spesialisthelsetjenesten kan skape problemer for pasienter med flere sykdommer eller med et sammensatt sykdomsbilde. Disse pasientgruppene vil ofte ha behov for mange undersøkelser på spesialistnivå og for tjenester fra flere forskjellige spesialiteter. En del av pasientene vil også ha behov for samordning av tjenester mellom hovedområdene somatikk, psykiatri og rus.

Sykehusenes interne organisering i avdelinger og seksjoner vil sammen med den stadig økende grenspesialisering medføre at det er få enheter på spesialistnivå som ivaretar helheten i forhold til den enkelte pasient. Det er ikke uvanlig at pasien-

ten må utskrives til hjemmet fra en avdeling eller seksjon i påvente av innleggelse i en annen enhet. Samhandlingen mellom avdelinger og seksjoner utfordres med store krav til samarbeid og respekt mellom ulike legespesialister og mellom leger, sykepleiere og andre faggrupper. Pasientene må ofte oppsøke flere poliklinikker for samme sykdom alt etter hvilket organ det gjelder. Fastlegen må som koordinator for pasienten forholde seg til ulike spesialister og serviceavdelinger med vekslende ventetid.

Mange pasienter med kroniske sykdommer trenger kontakt med spesialisthelsetjenesten over lengre tid. De vil kunne møte ulike leger og annet fagpersonell ved hver konsultasjon eller hvert opphold. Fastlegen og hjemmesykepleien vil ofte mangle en kontakt på sykehuset som de kan samhandle med når det gjelder hele pasientens sykdomsbilde og den videre oppfølging av pasienten etter sykehusoppholdet.

Selv om samhandling internt i spesialisthelsetjenesten ikke er nevnt i utvalgets mandat, finner utvalget det likevel nødvendig å gå inn på enkelte sider av organiseringen i sykehuset som har stor betydning i samhandlingsperspektiv.

#### 7.3.1 Koordinering av henvendelser til sykehus

Det er i dag ingen instans på sykehuset som har ansvar for å koordinere undersøkelser og spesialistvurderinger på tvers av avdelings- eller sektorgrensene. Dette medfører at pasientene får gjentatte besøk på sykehuset, ofte med lang reisevei og flere fravær fra jobben for de som er yrkesaktive.

En koordinering av henvendelsene til sykehuset ville gi betydelige gevinster for pasientene og spare foretakene for transportutgifter. Innføring av noen enkle rutiner i sykehus burde kunne gi en bedre koordinering, for eksempel ved at mottaker av henvisningen umiddelbart sjekker i den dataregistrerte venteliste om pasienten allerede har andre henvisninger til sykehuset, og tar ansvar for om mulig å koordinere disse for pasienten.

En organisatorisk løsning er å opprette et koordinerende ledd i sykehuset som har samordning av timer som eneansvar. Ulempen med en slik ordning er at det kan oppstå praktiske problemer i og med at alle henvisningene først må gå til faginstansen for prioritering og deretter til koordinator som må tilbake til faginstansene for å diskutere endring av ventetid for å samkjøre undersøkelsene.

Det kan være anstrengende for pasienten hvis for mange undersøkelser gjøres i løpet av en dag, men med en koordinerende instans i sykehuset

<sup>4</sup> Bestiller-utførermodell i pleie- og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler. Rapport fra RO, desember 2004.

bør dette kunne la seg gjøre på to påfølgende dager ved å benytte hotellfunksjonen som i dag er opprettet ved mange sykehus.

Dagavdelinger er også et organisatorisk tiltak som har vist seg å lette koordineringen av undersøkelser/behandlinger for pasienter som ikke trenger heldøgnsopphold. Andre pasienter kan få liknende tilbud organisert som korte elektive sykehusopphold. Utvalget ser også at det fortsatt er behov for at noen kroniske pasienter får avtale om åpne reinnleggelser ("åpen retur"), fordi en innser at de vil ha behov for nye sykehusopphold, uansett hvor god behandlingen og samhandlingen har vært.

Utvalget har drøftet en del økonomiske sider ved disse forhold i punkt 7.4.4 og 8.2.1. Etter utvalgets samlede vurdering er det et stort behov for at det enkelte foretak har gode rutiner på disse områdene. Utvalget definerer dette som en klar ledelsesoppgave.

### 7.3.2 Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten

Utvalget har i avsnitt 5.6 beskrevet kapasitetsutviklingen i behandlings- og omsorgstjenestene. Utvalget oppfatter disse forhold som grunnleggende for behovet for intern samhandling i spesialisthelsetjenesten.

#### *Kapasiteten i somatisk spesialisthelsetjeneste*

Utvalget er bekymret for utviklingen beskrevet i punkt 5.6.1, som kan tyde på at norske sykehus nærmer seg en forsvarlighetsgrense. Spesielt er det behov for å analysere om eldre pasienter, definert som utskrivningsklare, faktisk er tilstrekkelig undersøkt, utredet, behandlet og/eller rehabilitert. SINTEF Helse sier at de diagnosegruppene som volummessig utmerker seg "omfatter mange typiske "eldresykdommer" som henholdsvis lårbrudd/hofteoperasjoner, slag/hjerneblødninger og lungebetennelser".

Utvalget ser det som naturlig og riktig at sykehusene effektiviserer den medisinske behandlingen ved å praktisere kortere liggetid og utvidet bruk av polikliniske tilbud, inkludert økt bruk av dagkirurgi og andre dagopphold. De fleste pasienter vil tåle og profitere på denne utviklingen, men utvalget er mer skeptisk til konsekvensene for de pasientene som trenger mer omfattende hjelp og samhandling. Det er derfor all grunn til å undersøke om grupper som kronisk syke og syke eldre påføres helseskadelige effekter av denne dreiningen, i tillegg til at de i sterkere grad enn andre opplever det som en økt belastning.

På sykehusene får de fleste av disse pasientene sin omsorg på indremedisinske avdelinger, eller på geriatrike enheter, der slike finnes. Utvalget er kjent med at det i perioden 1995-2003 har vært en reduksjon på 7 prosent (ca. 1000 senger) i det faktiske antallet tilgjengelige senger på sykehusenes sengeavdelinger (se Kalseth m.fl. 2004). Mye av denne reduksjonen har rammet de medisinske avdelinger, der korridorpatienter fortsatt ofte er et problem. Med den demografiske utviklingen vi får, kan det være uforvarlig med en ytterligere nedbygging av disse avdelingene. Utvalget er kjent med at SINTEF Helse nylig har gjort tilsvarende vurderinger i 2 rapporter om fremskriving av behovet for sykehustjenester i Helse Øst og Helse Sør 2003-2020<sup>5</sup>.

De støtter dermed de konklusjoner som tidligere har kommet i utredningen Scenario 2030 fra Helsetilsynet. Mens disse utredningene har gjort rene tallmessige fremskrivninger, mener utvalget at det store behovet for samhandling som mange av disse pasientene har, ytterligere støtter konklusjonene. Utviklingen i andel reinnleggelser kan også tyde på at mange av pasientene trenger lengre sykehusopphold.

Utvalget ser med bekymring på dette, særlig siden spesialisthelsetjenesten baserer seg på at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har kapasitet til å "ta unna". Utvalget har samtidig inntrykk av at kommunene allerede har hentet ut mye av en tilstøttet effektiviseringsgevinst i eldreomsorgen, ved at mange kommuner og bydeler har lyktes med å skape en god og effektiv tiltakskjede ("omsorgstrapp"). Med prognosene for betydelig vekst i eldregruppene kan de eldre bli avhengige av at kommunene får en forsvarlig utvikling av sine økonomiske rammer, for at de skal sikres en tilstrekkelig prioritering av pleie- og omsorgstjenesten.

Den interne samhandlingen i spesialisthelsetjenesten vil uansett bli ytterligere presset, ved at det blir flere eldre og flere eldste eldre. For disse gruppene går det etter utvalgets mening en grense for hvor kort liggetid som kan forsvares. De samme betraktningene er aktuelle, dersom også disse gruppene i økende grad skal tilbys polikliniske tjenester.

#### *Kapasiteten i psykisk helsevern og rusomsorgen*

Den framtidige kapasiteten på disse områdene vil påvirkes av viktige samfunnsendringer som øknin-

<sup>5</sup> Fra Fremskriving av behovet for sykehustjenester i Helse sør og Helse øst 2003-2020, 2 rapporter fra Sintef Helse, september og oktober 2004

gen i rusproblemer, omsorgssvikt og antallet eldre.

Utvalget mener det er for tidlig å vurdere hvilke utslag den todelte henvisningsordningen til spesialisert rusbehandling vil få.

Rådet for psykisk helse sier i sin rapport "Verdig liv" (mai 2004) at det er alvorlig når Helsetilsynet finner hyppig svikt i oppgavefordelingen og samhandlingen mellom akuttavdelinger og distriktpspsykiatriske sentre, slik at systemet ikke sikrer oppfølging for mennesker med psykoser. Rapporten betegner organiseringen av tjenestene og samhandlingen som "organisert diskontinuitet".

Utvalget er klar over at sykehusoppholdenes lengde må ha en annen profil i psykiatriske institusjoner enn i de somatiske. Spredningen blir større, fordi enkelte har behov for til dels svært lange behandlingsopphold. I 2003 var gjennomsnittslengden på sykehusoppholdene 35 døgn. Utvalget ser det som mer bekymringsfullt at halvparten av pasientene skrives ut raskere enn ni døgn. I praksis betyr det at de skrives ut fra akuttavdelingen. Det kan da reises tvil om alle har fått et forsvarlig tilbud og er reelt utskrivningsklare.

Satsingen på mer åpen psykiatri har gitt en stortilt og nødvendig utbygging av distriktpspsykiatriske sentre, men samtidig har nivådelingen avdekket et stort behov for bedre samarbeid og samhandling mellom de ulike nivåene i psykisk helsevern. Ved enkelte helseforetak er det også uklart fordeling av ansvar og oppgaver mellom enheter i desentralisert psykisk helsevern og på psykiatriske sykehus. Utvalget har tro på at en sterkere og mer gjennomgående ledelse vil gjøre det lettere å se i tilbudene i sammenheng, og samtidig utfordre samhandlingen mer konstruktivt.

### 7.3.3 Pasientansvarlig lege

Ordningen med pasientansvarlig lege er hjemlet i § 3-7 i lov om spesialisthelsetjenesten. Det er gitt en egen forskrift til bestemmelsen som trådte i kraft 1. januar 2001<sup>6</sup>.

Ordningen ble innført etter et forslag i NOU 1997:2 Pasienten først. I innstillingen heter det at et av de viktigste tiltak for å bedre pasientens situasjon i sykehuset, er å innføre et klart definert forankringspunkt for den enkelte pasient. Dette skal være en navngitt lege som er pasientens faste lege gjennom hele sykehusoppholdet. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne legen er behandlende lege og at vedkommende tar seg av koordinering

av undersøkelser og behandling, planlegging og kommunikasjon i forhold til pasient, pårørende, primærhelsetjeneste og eventuelt andre institusjoner dersom videre henvisning er aktuelt. Den pasientansvarlige legen skal også bidra til å sikre framdrift i utredningen.

Intensjonen er altså at pasienten skal slippe å forholde seg til en rekke leger i løpet av oppholdet, samtidig som fastlegen vil ha en fast kontakt på sykehuset for råd om den videre oppfølging av pasienten i kommunehelsetjenesten.

Utvalget har ikke registrert at ordningen med pasientansvarlig lege er evaluert, men Helsetilsynet har i flere tilsynsrapporter påpekt at ordningen ikke er gjennomført slik lov og forskrift krever. Samtidig har mange reist kritiske merknader mot ordningen. Vaktplanene og avspaseringsreglene for sykehuslegene vanskeliggjør blant annet den kontinuitet i tilstedeværelse som ordningen forutsetter. Skifte av pasientansvarlig lege under oppholdet er uheldig. Når en pasientansvarlig lege ikke også er behandlende lege oppstår risiko for uklarheter. Mange av sykehusoppholdene er også så kortvarige og problemstillingene så vidt enkle at ordningen kan ha virket overflødig. Det kan tale for at ordningen er for generell, slik at heller ikke de pasientene som har størst behov for pasientansvarlig lege oppnår dette.

Utvalget vurderer at ordningen er spesielt viktig for pasienter med alvorlige kroniske sykdommer og andre med sammensatte behov og hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten. En avgrenset praktisering av ordningen kan være mer realistisk å få gjennomført. Avdelingen må da sikre at alle disse pasientene får utpekt sin pasientansvarlige lege, som kan følge pasienten både gjennom innleggelsene og ved nødvendig poliklinisk oppfølging. Disse pasientene vil oftest også ha hyppige kontakter med kommunehelsetjenesten, og legen er da viktig for kontinuitet i samhandlingen mellom nivåene.

Ordningen med pasientansvarlig lege må forankres i ledelsen ved sykehuset, og ledelsen på avdelingsnivå må stå ansvarlig for den praktiske gjennomføringen. Siden ordningen er forskriftsfestet, er helseforetakene forpliktet på gjennomføringen, og sykehusavdelingene skal rapportere eventuelle avvik.

Utvalget mener også at ledelsen ved det enkelte sykehus må se på ulike måter å organisere koordineringsbehovene for den enkelte pasient. Ut over ordningen med pasientansvarlig lege må primærsykepleier og andre ordninger kunne bidra til kontinuitet og oversikt for pasientene.

<sup>6</sup> Det vil fremgå av forskriften at psykolog kan erstatte legen i rollen som pasientansvarlig ved psykiatriske institusjoner.

### Boks 7.1 Eksempel som understøtter behovet for pasientansvarlige lege:

”Jeg har hatt ni kurer. Hver gang har jeg kommet den ene dagen for blodprøver og journalskriving mens cellegiften er blitt satt neste dag. Første dagen skal man også snakke med legen, og det er et stress fordi man ikke vet når legen kommer. Jeg turde ikke engang gå på do i tilfelle legen skulle komme mens jeg var borte. På de ni kurene har jeg hatt sju ulike leger. I forbindelse med cytostatikabehandlingen ble jeg spurt om å være med i en internasjonal studie der to regimer ble sammenlignet. I orienteringen om studien ble det brukt tre uttrykk. Det sto «din lege», «din behandlende lege» og «din ansvarlige lege». Jeg spurte legen som ga meg orienteringen om dette skulle være tre forskjellige personer, eller om det var den samme. Og om det i så fall var ham jeg snakket med. Han hadde ikke noe svar på det. De syntes visst det var rart at jeg hang meg opp i dette. Men jeg synes det er viktig å bli sett og husket.”

Kilde: Hvorfor så nøkternt, doktor? Fortelling: May-Brith Mandt Bearbeidelse og parallelltanker: Sverre Lundevall *Utposten* Nr 5 2001

Ordningen med pasientansvarlig lege gjelder per idag ikke for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Siden dette er en gruppe med store samhandlingsbehov, bør en tilsvarende ordning innføres også i disse virksomhetene. I denne sammenheng viser utvalget til at psykologer kan erstatte leger som pasientansvarlig i psykisk helsevern.

### 7.3.4 Praksiskonsulenter

Praksiskonsulentordningen skal bidra til aktivt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å utvikle kompetanse, bedre pasientforløp og sikre rutiner på tvers av nivåene. Det er helseforetakene som engasjerer og honorerer praksiskonsulentene.

Det er foreløpig vanskelig å analysere effekten av praksiskonsulentordningen med hensyn til samhandlingsgevinster i Norge. Dette skyldes at ordningen har hatt et forholdsvis begrenset omfang, kort varighet og lokale variasjoner. Erfaringer fra Danmark og Sverige tyder imidlertid på at praksiskonsulentordningen er et vellykket tiltak, som bidrar til bedre samhandling både på system- og individnivå. Møtet mellom allmennpraktiker og

sykehuslege er viktig i seg selv og bidrar til å skape forståelse og respekt for hverandres arbeid.

Selv om det altså er lite empiri på hvordan ordningen fungerer i Norge, vil utvalget anbefale at ordningen videreutvikles. Praksiskonsulentordningen har hittil i hovedsak omfattet leger. Noen helseforetak, bl.a. alle sykehusene i Oslo, har de siste årene hatt liknende funksjoner for sykepleiere (”sektorkoordinatorer”), som i hovedsak har samarbeidet med kommunenes/bydelenes pleie- og omsorgstjenester om utskrivningsklare pasienter. I tillegg har Trondheim kommune praksiskonsulentordninger som innbefatter andre helsepersonellgrupper. Etter utvalgets inntrykk har erfaringene vært gode.

Tilbakemeldinger fra de som har flere faggrupper med i ordningen gir grunnlag for å hevde at dette gir en bredere kontaktflate mellom helsetjenestens nivåer, som ytterligere kan fremme samhandlingen. Per i dag er det kun helsepersonell fra kommunehelsetjenesten som er ansatt som praksiskonsulenter i helseforetakene. Det er etterlyst muligheten for at spesialister kan ha tilsvarende oppgaver i kommunehelsetjenesten, men dette mener utvalget bør vurderes opp mot andre tiltak som eksempelvis ambulante team.

### 7.3.5 Andre organisatoriske forhold

Utvalget har i avsnitt 5.3 beskrevet den faglige spesialiseringen. De fleste sykehusene er nå organisert etter grenspesialiteter. Utvalget ser at det gir problemer, ved at det samtidig er behov for allmennseksjoner på de store avdelingene. Erfarne overleger må også mer inn i mottakelsesfunksjonen på avdelingene. Dermed sikrer sykehusene gjennom sin organisering at spisskompetente overleger vedlikeholder sin brede vurderingskompetanse, samtidig som det kan gi behov for færre vaktlag på sykehusene. Frigiort vakttid kan gjøre at erfarne leger er mer på sengepostene og på poliklinikkene, for å medvirke til bedre pasientbehandling og optimalisering av driften. En naturlig konsekvens er at helsemyndighetene og helseforetakene i større grad må stille krav til at grenspesialister også skal opprettholde kompetansen i sin hovedspesialitet.

Ved en slik organisering mener utvalget at pasienter med sammensatte og uklare problemer, herunder syke eldre, får bedre vurdering og hjelp ved innleggelser. Satsingen på bedre integrering mellom somatikk og psykiatri kan bidra i samme retning. For sykehusene kan tiltakene bety en effektivisering, blant annet ved at bedre førstegangs håndtering forebygges reinnleggelser.

Funksjonsdelingen har også medført organisatoriske overbygninger i form av divisjonering. Noen helseforetak har ansvar for flere sykehus, der divisjonene blir sykehusovergripende. Utvalget er bekymret for at slike organiseringer kan vanskeliggjøre den interne samhandlingen på tvers av enhetene, og i tillegg gi problemer for primærhelsetjenestens samhandling med sykehusene.

Utvalget ønsker også økende oppmerksomhet på pasientflyten i sykehusene, basert på forventningene om et mer sømløst behandlingstilbud. Behov for intern samhandling betyr at sykehusene i langt større grad må se på den interne logistikken, og tilby pasientene mer effektive utrednings- og behandlingsprogrammer.

Både innenfor somatikk og psykisk helsevern har privatpraktiserende legespesialister og psykologer driftsavtaler med de regionale helseforetakene. Som for fastleger og fysioterapeuter er det heller ikke i avtaleverket med legespesialister og psykologer i dag mulig å stille funksjons- og kvalitetskrav. Utvalget mener at samhandlingen i helsevesenet kan styrkes om slike krav blir innarbeidet i de sentrale avtalene mellom partene, og nedfelt i de lokale avtalene med foretakene.

## 7.4 Samhandling om pasienten mellom tjenestenivåene

Avsnitt 7.2 og 7.3 har i hovedsak analysert den interne samhandlingen på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. I disse drøftingene har utvalget ikke kunnet unngå å komme inn på problemer i samhandlingen mellom tjenestenivåene, men utvalget har ønsket å samle analysen av de mange utfordringene mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i dette avsnittet.

### 7.4.1 Økende samhandling mellom nivåene

Utvalget har i kapittel 5 beskrevet sentrale utviklingstrekk i helsetjenesten, som har gitt og vil gi økende behov for samhandling mellom nivåene. Her skal kort refereres stikkord som reduksjon i antallet sykehussenger, sterk økning i eldrebefolkningen, et generelt økt press på sykehusene og de kommunale institusjonene.

Denne utviklingen har medført, til dels tvunget fram, et mer aktivt og utvidet samarbeid mellom sykehusene og kommunene i sykehusets dekningsområde. Samarbeidet er styrket både på administrativt nivå og på faglig, pasientrettet nivå,

og har vært under kontinuerlig utvikling. Utvalgets mandat tar likevel utgangspunkt i at samarbeidsordningene ennå er utilstrekkelige. Utvalget tolker utviklingen slik at det på begge tjenestenivåene har blitt økende forståelse for at målene om effektiv pasientbehandling ikke kan nås uten god samhandling. Men fortsatt gjenstår det mye. Utvalget registrerer at samarbeidsavtaler er et godt redskap for å gi økt prioritet til arbeidet, og viser til nærmere drøfting i punkt 8.1.3.

### 7.4.2 Samarbeid ved innleggelser

Avsnitt 5.5 gir en oversikt over tjenesteforbruket, og viser bl.a. at innleggelsene på norske sykehus i stor og økende grad skjer ved øyeblikkelig hjelp. Begrepet øyeblikkelig hjelp kan assosieres til at situasjonen er akutt og uunngåelig. Men undersøkelser viser at det er mulig å forebygge og forhindre en del av innleggelsene som faller i kategorien øyeblikkelig hjelp, og som derfor også har blitt definert som "unødvendige sykehusinnleggelser". Det gjelder hovedsakelig indremedisinske innleggelser for øyeblikkelig hjelp, og i særlig grad eldre pasienter. Beregninger tilsier at 25 – 40 prosent av disse innleggelsene kunne vært unngått dersom alternative tilbud på lavere omsorgsnivå hadde vært tilgjengelige<sup>7</sup>.

Samarbeidstiltak på dette området er derfor viktige, både for pasientene og helsetjenesten. Utvalget er blant annet kjent med at følgende tiltak er tatt i bruk i varierende omfang:

- økt bruk av observasjonssenger i akuttmottak
- raskere intervensjon når pasienter får begynnende tegn på forverring av sin kroniske sykdom (bl.a. aktuelt for pasienter med diabetes, KOLS og hjertesvikt)
- samarbeid med forhåndsavtalte prosedyrer mellom sykehus, fastlege og hjemmesykepleie om behandlingen av andre kroniske pasienter
- samarbeidstiltak mellom sykehus og sykehjem, som gjør at flere pasienter kan behandles på sykehjemmet uten behov for sykehusinnleggelse (se egen boks)
- at erfarne sykehusleger er tilgjengelige for forespørsler fra og rådgivning til fastleger, legevaktsleger og sykehjemsleger
- at sykehuspoliklinikkene har kapasitet til å ta i mot pasienter ved øyeblikkelig poliklinisk vurdering samme eller neste dag, for vurdering av videre tiltak.

<sup>7</sup> Rapport av 14.09.01 Helsedepartementet "Sykehusreformen – noen eierperspektiv"

Spesialisthelsetjenesten har nå overtatt utgiftene til syke transport, og det øker oppmerksomheten om å behandle flere pasienter uten sykehusinnleggelse. I denne sammenheng har sykestuer en viktig funksjon i noen kommuner. Disse er oftest opprettet på steder med lang avstand til nærmeste sykehus, og har utstyr og personell med kompetanse til å ivareta enklere diagnostikk og behandling på forsvarlig måte. Utvalget innser at etablering av nye sykestuesenger eller spesialenheter på sykehjem til liknende formål vil gi behov for både mer personell – og styrking av kompetanse.

En sykestuefunksjon som kan forebygge innleggelser vil kreve kompetent personale, bl.a. med god tilgjengelighet av legetjenester på døgnbasis, tilgang til enkle laboratorie- og røntgenundersøkelser, EKG med mer. Dessuten må slike sykestue- eller sykehjemsplasser "skjermes", slik at de er tilgjengelige når behovet melder seg. Dersom disse

forutsetningene ikke er sikret, kan nye etableringer i verste fall gå ut over pasientene – og således ramme pasienter innen de grupper utvalget er opp tatt av. En grundig utredning om sykehjemmenes framtid hadde et slikt forslag som ett av sine alternativer, men utredningen har ikke ført til noen konkrete endringer (Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Rapport fra Sosial- og helsedepartementet, 1999). Utvalget kan ikke se at norske gjennomsnittskommuner er rede til å overta et slikt ansvar uten nye økonomiske virkemidler, men vil vise til andre relevante vurderinger i punkt 7.4.3.

Behovet for at sykehusene kan gi kvalifiserte råd til fastleger, legevaktsleger og leger og sykepleiere på sykehjem blir ofte understreket, og kan være viktige enkeltfaktorer for å forebygge innleggelser. Det er en forutsetning at sykehusspesialistene er tilgjengelige for forespørsler på døgnbasis, selv om utvalget vil anta at de viktigste behovene

### **Boks 7.2 Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus**

Samhandlings- og kompetanseoverføringsmodellen er organisert som et samarbeidsprosjekt mellom sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus (UUS). Fokus er satt på akutt syke sykehjemsbeboere som trenger medisinsk diagnostisering og behandling på grunn av akutt oppståtte sykdommer (infeksjoner, hjertesvikt, lungesvikt eller akutt funksjonssvikt) og terminale sykehjemsbeboere som av naturlige årsaker blir akutt syke i livets slutfase.

#### *Prosjektet har følgende dokumenterte resultater:*

Endret innleggelsespraksis. Akutt syke sykehjemsbeboere får avklaring av behandlingsnivå i sykehjemmene før akutte sykdommer oppstår. Pasienter med behov for sykehusinnleggelse innlegges tidligere i sykdomsforløpet. Ved avklart behandlingsnivå på sykehjemmet reiser sykepleierne fra sykehuset til sykehjemmet for bistand. Legene opplever at sykepleierne er blitt mer presise i sine observasjoner og vurderinger ved akutte sykdomssituasjoner.

Økt legesamarbeid. Det er blitt gjennomført 3 legeseminar med 171 deltakende leger fra første- og spesialisthelsetjenesten. Seminarne har vært godkjente som meritterende av Den norske legeforening. Tilsynslegene/sykehjemslegene har

utviklet et gjensidig samarbeid med konferingsvaktene og Kompetansesenteret for lindrende behandling ved UUS.

Det er innført hospiteringsordning av sykepleierne fra prosjektsykehjemmene ved UUS. Seminarer avholdes for tverrfaglig personell i sykehjem innen symptomlindring, smertelindring, sår og sårbehandling, avklaring av behandlingsnivå, samarbeid med pårørende, samarbeid med ambulansetjenesten, urinveisinfeksjoner, pnemonier, dokumentasjon med utvikling av nettverk for gjensidig erfaringsutveksling sykehjemmene imellom og med UUS.

Kompetansen i sykehjemmene har økt med hensyn til observasjon og vurderinger ved akutte sykdomstilstander, avklaring av behandlingsnivå i dialog med pårørende, intravenøs og medikamenthåndtering, væskebehandling og setting av perifer venekanyle, smertelindrende behandling. Tidligere innleggelse eller forebygge unødige og belastende sykehusinnleggelser.

Det er etablert standardprosedyrer. Felles rutiner for pasientforløp mellom sykehjem-sykehus-sykehjem og avklaring av behandlingsnivå ved innleggelse i sykehjem og ved endring i sykdomssituasjonen er under utprøving i sykehjemmene og i sykehuset.



kan avklares på telefon innenfor ordinær arbeidstid.

Det er også viktig at sykehuspoliklinikkene har ledig tid for å ta imot akuttpasienter til kompetent spesialistvurdering. Mange steder er det turnuskandidater eller de minst erfarne legene på vakt som vurderer pasienter som kommer uten forhåndsoppsatt time, noe erfarne fastleger ser seg lite tjent med. Alternativet kan ofte bli at pasienten legges inn som øyeblikkelig hjelp, eller at en venter til pasienten har blitt litt dårligere, slik at det kan forsvares å legge pasienten inn.

I denne sammenheng er det også vesentlig at fastlegene ivaretar god tilgjengelighet for egne pasienter med kroniske sykdommer som får forverring av sin sykdom og for eldre pasienter som får en raskt tiltagende funksjonssvikt. Dette kan gjøres ved å ha en ledig time i en ellers fast timeplan, eller ved annen fleksibilitet som muliggjør snarlig vurdering i sykebesøk.

Selv om utvalget ikke kjenner til sikker dokumentasjon, regner utvalget med at styrking av lærings- og mestringssentrene kan forebygge sykehusinnleggelse for pasienter med kronisk sykdom, ved at pasientene selv blir bedre i stand til å mestre sin sykdom og reagere på varselsignaler i tide. Et norsk doktorgradsarbeid har vist effekter av astmaopplæring på en lungepoliklinikk (Gallefoss og Bakke 2002). Pasientene ble fulgt opp i 12 måneder, og det viste seg at gruppen som fikk opplæring hadde ca. 70 prosent reduksjon i primærlegekonsultasjoner og ca. 70 prosent reduksjon i sykmeldingsdager, sett i forhold til dem som ikke fikk opplæring. Sannsynligvis var gruppene for små og oppfølgingstiden for kort til at en hadde mulighet til å oppnå signifikante effekter på forbruk av innleggelse og liggedøgn.

Det er utvalgets klare oppfatning at også ambulerende team er et viktig virkemiddel for å kunne forebygge unødvendige sykehusinnleggelse: Ennå er dette lite utnyttet og utviklet, jamfør nærmere drøfting i punkt 7.4.4.

### *Henvisninger*

Legenes henvisninger er formelt og praktisk en viktig del av samarbeidet mellom nivåene ved innleggelse og polikliniske vurderinger. Ordningen er en konsekvens av vårt todelt helsevesen. Hensikten er bl.a. å sikre alle lik tilgang til helsetjenester, samt å sikre at de som trenger det, får nødvendig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Etter fastlege-reformen kom det reaksjoner fra kroniske

pasienter på at de opplevde at henvisningsordningen var innskjerpet. I 2002 tok statsråden initiativ til noen mindre presiseringer, uten at ordningen ble endret.

En viktig intensjon med henvisningene er at de skal bidra at spesialisthelsetjenesten kan gjøre riktige prioriteringer mellom henviste pasienter. Også i et samhandlingsperspektiv ser utvalget at det er svært viktig at det arbeides med kvaliteten på henvisningene. Forbedring av henvisningene har vært ett viktig arbeidsområde for noen av praksiskonsulentene.

Utvalget finner det riktig at arbeidet med forbedringer av informasjonsutvekslingen har startet med epikrisene, jamfør punkt 7.4.3. Utvalget vil likevel anbefale at partene snarest tar initiativ til å kvalitetssikre henvisningene til praktiserende spesialister, poliklinikker og avdelinger. Et slikt arbeid må også inkludere de andre fagprofesjonene som nå har fått adgang til å henvise til deler av spesialisthelsetjenesten.

### *Fritt sykehusvalg*

Ordningen med fritt sykehusvalg oppfattes som et ubetinget gode i et pasientperspektiv, og kom også inn som en pasientrettighet hjemlet i pasientrettighetslovens §2-4. Den sier at en pasient som blir henvist til vurdering og /eller behandling i spesialisthelsetjenesten, har rett til å velge sykehus/ behandlingssted. Retten gjelder all planlagt utredning og/eller behandling innenfor somatisk helse-tjeneste og psykisk helsevern, men den innebærer ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Bruken av rettigheten øker, men omfanget er foreløpig begrenset.

Med økende bruk kan rettigheten i et samhandlingsperspektiv gi nye og ekstra utfordringer, siden samarbeidsområdene utvides. Dette vil i særlig grad gjelde for fagpersonell i kommunehelsetjenesten, som må forholde seg til flere institusjoner enn tidligere. Men det gjelder også for institusjonene, fordi de kan få pasienter fra andre helseregioner og for dem ukjente kommuner. Dette gjelder for eksempel også personer som søker tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i offentlige sykehus eller distriktpsikiatriske sentre, siden retten til fritt sykehusvalg nå også gjelder dem.

En viktig konsekvens er derfor at de regionale helseforetakene sikrer at samhandlingsbehovet blir ivaretatt, når de lager avtaler med private institusjoner, for eksempel opptreningsinstitusjoner og virksomheter innenfor psykisk helsevern og russektoren.

### Boks 7.3 Kommunikasjon

Samhandling og kommunikasjon forutsetter to likeverdige parter med felles interesser

”Kommunikasjon og samhandling er moteord. Innenfor IT har lite skjedd. Kommunikasjonen foregår som for 50 år siden. Det produseres epikriser og henvisningsskriv. Det forfattes rundskriv. Disse tar selvsagt utgangspunkt i avsenderens behov og interesser. Denne type enveiskommunikasjon lider alltid samme skjebne: Den leses, settes i perm og glemmes. At budskapet etter hvert leses fra skjerm i stedet for fra papir endrer ikke dette.

Vi vet for lite om andres arbeidsoppgaver eller arbeidssituasjon. Mange av våre kolleger kjenner vi ikke ansiktet på. Vi har få felles møteplasser. Det er ikke klima eller tradisjon for direkte faglig tilbakemelding, ros eller ris, selv om læringspotensialet her er meget stort. Samhandling og kommunikasjon forutsetter to likeverdige parter med felles interesser. Det forutsetter felles arenaer der partene kan møtes, interesse for hvilke problemer den annen part har, og vilje til felles løsninger. Graden av samhandling mellom tjenestenivåene er en viktig kvalitetsindikator.”

Kilde: Utdrag av en artikkel av fastlege Geir Erik Nilsen på Hamar i Utsi'a, informasjonsavis fra Sykehuset Innlandet HF, desember 2004

#### 7.4.3 Samarbeid om utskrivninger

Et økende antall helseforetak og kommuner har nå samarbeidsavtaler. Mange av disse avgrensner seg til å regulere samarbeidet ved utskrivninger, eventuelt ved at dette er regulert i egen avtale. Det var sykehusenes og kommunenes problemer med utskrivningsklare pasienter og overfylte korridorer, som i sin tid utløste behovet for de første samarbeidsavtalene.

I 1998 kom det en egen forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, for bedre å regulere disse forhold. Etter foretaksreformen sier § 1 i forskriften at den gjelder for helseforetak og kommuner ”som ikke har inngått avtale om overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten”. En slik avtale ”skal regulere rutiner for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om den enkelte pasient. Avtalen bør regulere kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, hvem som

har avgjørelsesmyndighet, hvordan uenighet skal løses, hvordan kommunen skal varsles, varselfrist, døgnpris, når avtalen skal tre i kraft og hvordan avtalen kan endres”.

En 1-dags prevalensundersøkelse av pasienter innlagt i medisinske avdelinger i Norge ble gjennomført av Nasjonalt geriatriprogram i 1998 (Statens helsetilsyns utredningsserie 7-99). 1781 pasienter (42 prosent) av de innlagte denne dagen var over 75 år og eldre. Undersøkelsen viste at bare hos 12 prosent av disse pasientene hadde sykehuset – ved sykepleier på posten - tatt kontakt med hjemmetjenestene i løpet av pasientens to første døgn i sykehuset – for å utveksle informasjon om pasientens tilstand.

Senere har mange sykehus innført rutiner som sier at det allerede ved starten av sykehusoppholdet skal opprettes kontakt med hjemmetjenestene i kommunene. Men så sent som i 2004 fant Regionalt brukerutvalg i Helse Nord grunn til å kreve to obligatoriske utskrivningsrutiner ved alle sykehus:

- For pasienter som trenger pleie- og omsorgstjenester, må institusjonen seinest tre dager før utskrivning ta kontakt med omsorgstjenesten i pasientens bostedskommune, slik at de kan forberede sine tiltak.
- Epikriser skal sendes til primærhelsetjenesten og pasientens fastlege innen ei uke etter utskrivning.

Utvalget er kjent med at sykehusets personale svært ofte oppfatter pasientens situasjon vanskeligere og hjelpebehovet høyere, enn det de gjør som tidligere har hatt kontakt med pasienten i hjemmet. Det medfører at sykehuset også kan vurdere rehabiliteringspotensialet som dårligere for den enkelte pasient, med den følge at pasienten risikerer at han/hun får mindre aktiv rehabilitering og oppfølging. Utvalget mener derfor at forslagene fra brukerutvalget burde skjerpes, også ut fra kravene til likeverdighet. Sykehuset må raskest mulig gjøre seg kjent med pasientens hjemmesituasjon, slik at dette kan få nødvendig innflytelse på behandlingen så lenge sykehusoppholdet varer. Dersom sykdomsutviklingen viser behov for betydelig innsats etter utskrivning, må personell fra kommunale tjenester på sin side ta ansvar for å holde løpende kontakt med sykehuset under oppholdet.

Kommunalt fagpersonell melder også om at sykehusene ofte foreslår og lover pasienter og pårørende sykehjemsplass, uten at dette er diskutert med og vurdert av pleie- og omsorgstjenestene i pasientens hjemkommune Kalseth m.fl. 2004. Dersom det ikke foreligger et reelt behov eller det

foreslåtte tilbud ikke finnes, vil slike utsagn skape urealistiske forventninger og lett forstyrre det videre samarbeidet om den beste oppfølgingen for pasienten. Kommunene trenger uansett tid til å forberede mottak av pasienter som behøver god oppfølging med et bredt tjenestetilbud.

Utvalget vil understreke viktigheten av at både Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet i 2004 har iverksatt særskilte tiltak, for å forhindre at pasienter skrives ut fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, uten at utskrivende instans har forsikret seg om at pasienten får forsvarlig oppfølging.

### Epikriser

I avsnitt 4.5 er det redegjort for kravene til epikrise (sammenfatning av journalopplysninger), som "skal sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasientene forsvarlig oppfølging". I forsvarlighetskravet er det innebygget at sykehusets behandling ikke er avsluttet før epikrisen er kvittert ut. Bare på den måten får henvisende lege og fastlegen, eventuelt også sykehjem eller annet helsepersonell, beskjed om hvordan resultatene av sykehusets intervensjon skal følges opp.

Ifølge en kartlegging foretatt i 2003 (Kjekshus 2004), har ingen medisinsk virksomhet ved norske sykehus rutinemessig epikrisen ferdig når pasienten skrives ut. Det er en utstrakt praksis med "midlertidige" epikriser, særlig ved overflytting til andre institusjoner. En relativt høy andel av sykehusene gir rutinemessig pasienten den midlertidige epikrisen samme dag som pasienten skrives ut. Samme undersøkelse angir at samtlige sykehus tar kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse av pasienter med behov for pleie, men relativt mange sykehus tar ikke kontakt med spesialist eller allmennlege ved behov for medisinsk oppfølging. Andre undersøkelser viser at den største mangelen ved epikriser nettopp er at de i altfor liten grad angir behovene for oppfølging (Kværner K. Ennå upublisert studie, del av evaluering av fastlegeordningen).

Våren 2004 gikk et tverrfaglig panel sammensatt av personell fra kommunen og sykehuset i Trondheim gjennom henvisninger og epikriser til 100 personer over 75 år som hadde vært innlagt på sykehus. Ingen av epikrisene fortalte funksjonsnivået til pasientene, selv om dette ofte er avgjørende for kommunene når de skal tildele riktige pleie- og omsorgstjenester.

Utvalget konstaterer med tilfredshet at epikrisetid fra 2003 har blitt en nasjonal kvalitetsindikator, som alle foretak må rapportere på. Utvalget vil

### Boks 7.4 Tilsyn og epikriser

Sitat fra rapport etter tilsyn ved et større sykehus 14. november 2002:

Avdelingen mangler et system som sikrer at fastlege / primærhelsetjeneste får rask tilgang på informasjon fra sykehusoppholdet.

Merknaden er basert på følgende observasjoner;

- Den elektroniske epikrisen utformes på utskrivningsdagen, men det er kontorpersonalets arbeidsmengde som avgjør hvor fort epikrise sendes ut (reell epikrisetid)
- Legene er ikke kjent med hvor lang den reelle epikrisetiden til en hver tid er
- Verifikasjoner viser at epikrisetiden ofte overskrider 7 dager
- Bruk av foreløpig epikrise (utskrivningsblankett) er sporadisk og personavhengig

bl.a. vise til at Helse Øst har vedtatt at alle helseforetakene innen 31. mars 2005 skal ha nådd det nasjonale målet om at 80 prosent av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager etter utskrivning. Innen psykisk helsevern er målet i Helse Øst endog satt til 100 prosent av epikrisene.

### 7.4.4 Ambulerende virksomhet

I punkt 3.2.3 er det gitt en utførlig beskrivelse av ambulansespesialisthelsetjeneste. Den viser at selv om det er lite dokumentasjon på effekten av ambulante team, har ambulerende virksomhet i mange år hatt et visst omfang i Norge, mest i områder der geografien gir et særlig behov for desentraliserte tjenester.

Internasjonalt finnes noen kontrollerte studier av psykiatriske spesialisttjenester i sykehjem, som viser at modellen med et tverrfaglig team var vesentlig mer effektiv enn en enkelt spesialist som alene vurderer pasienten og sender skriftlig rapport (Bartels m.fl. 2002). Innen geriatrien viser en stor metaanalyse at det er mest effektivt for overlevelse og bedret funksjonsnivå med at behandling i en geriatrik sykehusenhet kombineres med oppfølging av pasienten etter utskrivning i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten (Stuck m. fl. 1993).

I Folkehelsas evaluering av områdegeriatrik team i Nord-Trøndelag mente vel 2/3 av legene at geriatrik team var til stor nytte for dem som bidrag til egen trygghet. 92 prosent av pleierne som deltok i de områdegeriatrik dagene mente

at deres kompetanse om geriatriske problemstillinger hadde økt.

Etter utvalgets vurdering er ambulant spesialistvirksomhet et viktig element i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tverrfaglige ambulante tjenester er imidlertid både tidkrevende og personellkrevende, og har ikke vært honorert i DRG- og takstsystemene. Det har medført at mange sykehus ikke har sett seg tjent med å benytte sine ansatte til slike oppgaver.

Utvalget ser på ambulant virksomhet som en viktig del av helsepersonellens lovpålagte veiledningsplikt. Bidraget spesialisthelsetjenesten her gir til kompetanseheving i kommunehelsetjenesten medfører sannsynligvis at flere pasienter kan motta forsvarlig behandling av god kvalitet på hjemstedet. Symptomer på sykdom og funksjonssvikt kan avdekkes tidligere og føre til at sykehusinnleggelser unngås. Ikke minst gjelder dette eldre pasienter og pasienter med psykiske lidelser. Ved at sykehuset tar et oppfølgingsansvar i samarbeid med kommunehelsetjenesten, settes kommunene i stand til å motta pasienter tidligere etter sykehusbehandling.

Det er også av stor betydning for samarbeidsrelasjonene mellom nivåene i helsetjenesten at spesialisthelsetjenesten får et første hånds kjennskap til hvilke forventninger kommunehelsetjenesten har til sykehuset, hvilke behov som ønskes dekket og hvilke oppgaver kommunene er fullt kompetente til å håndtere på egen hånd. Det at man fysisk møtes, kan bygge en gjensidig respekt for hverandres arbeidsfelt. Det betyr også at det er lettere å oppnå telefonisk kontakt i ettertid, der mange problemer kan løses uten at pasienten trenger å henvises.

#### **7.4.5 Behovet for intermediære poster eller andre spesialenheter**

I punkt 7.4.2 drøftet utvalget om sykestuesenger eller spesialenheter på sykehjem kunne være et alternativ til innleggelse på sykehus. En del sykehus har etablert egne enheter for utskrivningsklare pasienter, både for å løse vedvarende problemer med korridorsenger eller for å avhjelpe utilstrekkelige sykehjemstilbud i sykehusets dekningsområde.

Samtidig har mange kommuner vist at det er mulig å effektivisere driften i egen pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjeneste, og på den måten unngå at kommunen belaster sykehuset med ferdigbehandlede pasienter. Det foreligger lite forskning på hva som samlet gir best effektivitet, men

de viktigste suksessfaktorene for gode tiltakskjeder ser ut til å være å skjerme en viss andel sykehjemsplasser til bruk for korttids- og rehabiliteringsopphold, kombinert med stor fleksibilitet i hjemmetjenestene.

Utvalget regner likevel med at det i mange kommuner vil være behov for noen plasser på mer kompetent behandlingsnivå enn det er mulig å tilby på egne sykehjem. Samhandlingen blir satt på ekstra prøver, når en pasient skrives ut fra et høyspesialisert behandlings- og rehabiliteringstilbud til et kommunalt oppfølgingstilbud, som da kan bli utilstrekkelig. Det stadige presset mot lavere liggetid i sykehusene forsterker denne problematikken, og kan tale for oppretting av sykestuefunksjoner på intermediært nivå.

Det kan for eksempel være aktuelt for pasienter som trenger oppfølging av igangsatt behandling, eller aktiv rehabilitering etter avsluttet behandling, for kreftsyke og andre pasienter som med mellomrom trenger avtalte behandlingsskurer og for pasienter som trenger lindrende behandling. Noen av de enhetene som er etablert, er for pasienter i disse "gråsonene". Enkelte har oppstått etter initiativ fra sykehuset, andre som fellestiltak mellom sykehus og kommune. Det er et problem at mange av enhetene sliter med uavklart eller mangelfull økonomi, og utvalget ser at det er behov for en økonomisk stimulering av utvalgte tiltak i sonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Dersom slike tiltak blir gjennomført, kan det også bli aktuelt å se om noen kan ha oppgaver i innleggingsfasen, fordi de uansett må ha personell med særlige kvalifikasjoner. Det kan for eksempel være observasjon og enklere undersøkelser og behandlinger, og kan likne på det som i en departemental utredning fra 1999 ble omtalt som "kommunehospital" (Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Rapport fra Sosial- og helsedepartementet, 1999). I psykiatrien har en allerede vedtatt at distriktpsikiatriske sentre (DPS) skal ha slike sengeavsnitt som lavterskeltilbud, og på distriktsmedisinske sentre (DMS) kan det også bli aktuelt.

#### **7.4.6 Utnyttelsen av IKT**

Lett tilgjengelighet til nødvendig informasjon og kompetanse er en viktig forutsetning for å yte god og forsvarlig helsehjelp. Gjennom å stadig utvikle og implementere nye elektroniske løsninger innenfor helsevesenet styrkes kommunikasjonen mellom de involverte partene. Dette skaper grunnlag for å yte gode tjenester på et lavere tjenestenivå og på et lavere kostnadsnivå enn tidligere.

Samtidig møter utviklingen motkrefter. I en artikkel om IKT-strategier for helse- og sosiale tjenester i Norge (Bergstrøm og Heimly, KITH, 2004) hevdes det at tilpasningen av lover og regler går sent. I samme artikkel vises det også til andre faktorer som hindrer implementering av IT i helse- og sosialsektoren, bl.a. mangelfull håndtering av forankring i ledelsen (management), mangel på koordinering og overblikk, gamle organisasjoner og arbeidsprosesser, mangel på felles standarder, mangel på utdanning og kompetanse, samt holdninger.

Med et nasjonalt helsenett er et viktig skritt tatt for å sikre nødvendig infrastruktur for å legge forholdene til rette for kommunikasjon mellom berørte parter. Samtidig pågår betydelig arbeid med å koble aktuelle aktører til nettet og sikre at de får tilgang til og kan overføre nødvendig informasjon elektronisk. Utvalget vil her støtte de tiltak S@mspill 2007 skisserer, og anbefale at helsemyndighetene prioriterer gjennomføringen av planen.

Det er viktig å sikre at ikke uvedkommende har tilgang til Nasjonalt helsenett. PKI (Public Key Infrastructure) omfatter infrastruktur og tjenester for elektronisk signering, autentisering og sikring av informasjonsoverføring. Det er stort behov for å samordne PKI-løsninger for kommunikasjons- og informasjonsutveksling mellom ulike virksomheter i helsevesenet, for å forenkle mange-til-mange kommunikasjon mellom ulike parter. Brukerne må slippe å håndtere ulike sertifikater og katalogoppslag avhengig av hvem man skal kommunisere med. Kostnadene for integrasjon av PKI i brukersystemene taler også for standardisering og bruk av fellesløsninger.

Tilknytning til nettet legger grunnlag for å bruke elektronisk formidling av henvisninger og overføringer, journaldata, billedinformasjon, elektronisk rekvirering av legemidler og laboratorieanalyser, rekvirering eller bestilling av andre tjenester og formidling av prøvesvar m.v. Økt bruk av nettet gir også nye muligheter for spesialisering, og arbeidsdeling, vakt samarbeid og virtuelle fagmiljøer og tilgang til kompetanse ved behov.

En helhetlig løsning stiller krav til standardisering og felles IT-løsninger. Dette skaper behov for god koordinering på statlig nivå av elektroniske løsninger og kommunikasjonssystemer innen ulike sektorer etter nasjonale standarder. Primærhelsetjenesten, ambulansetjenesten og spesialisthelsetjenesten har separate journalsystemer som ikke kommuniserer med hverandre. Også innad i kommunene er det mange ulike system på tvers av sektorene. Det er i dag heller ikke

adgang til å ha felles journalsystemer for ulike virksomheter. Det innebærer at man er avhengig av kommunikasjon via utveksling, henvisning og rapportering.

Dagens elektroniske meldinger er langt fra optimale, og ligner ennå mye på papirbaserte dokumenter. Gevinstene ved elektroniske meldinger kommer ikke før man trygt kan slutte å sende papirkopi og i tillegg kan utnytte elektronikkens muligheter til kvalitetssikring, gjenbruk av informasjon og beslutningsstøtte. Men for å komme dit, trengs et løft i utviklingen av den elektroniske pasientjournalen. Det har vært arbeidet med standarder for meldingsutveksling, som skal sikre samhandling og kommunikasjon mellom journalsystemene. Nasjonalt senter for telemedisin har utviklet applikasjon for skjemaer, men ingen har bestemt at de skal tas i bruk.

Papirjournalen er mange steder fremdeles den mest komplette informasjonskilden. Gjennom KITH (Informasjonsteknologi for helse og velferd) er det etablert felles standard for elektroniske pasientjournaler. Det er foreløpig vanskelig å vite hvor stor gjennomslagskraft standardiseringsarbeidet har hatt.

#### *Juridiske utfordringer knyttet til elektroniske løsninger*

Elektronisk journalføring øker muligheten for korrekt, oppdatert og forståelig nedtegnelse i journalen. Slik informasjon om den enkelte pasient kan videre gjøres lettere og raskere tilgjengelig for det helsepersonell som har behov for pasientinformasjonen i en konkret behandlingssituasjon. I tillegg vil det være lettere å kontrollere uautorisert og ulovlig innsyn i journalen fra helsepersonell som ikke har behov for pasientinformasjonen i tjenesten.

Flere har tatt til orde for at én felles nasjonal pasientjournal vil styrke samhandlingen i helsetjenesten, og dermed gi pasienten et bedre helsetilbud. Hovedregelen i dag er imidlertid at det skal være én pasientjournal for den enkelte pasient, jf. forskrift om pasientjournal § 5 første ledd<sup>8</sup>. Dette gjelder kun innenfor rammen av en virksomhet. Med andre ord skal det opprettes ulike pasientjournaler for samme pasient hos henholdsvis fastlegen, den enkelte virksomhet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

<sup>8</sup> "Det skal opprettes en journal for hver pasient. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten."

Muligheten for én pasientjournal er i tillegg begrenset av regelverket som skal ivareta pasient-sikkerheten og personvernet. Mulighetene for tilgang til pasientinformasjon er først og fremst styrt av reglene om taushetsplikt for helsepersonell, og avhenger blant annet av om informasjonen skal utleveres internt eller eksternt i en virksomhet. Også innenfor en virksomhet, for eksempel et helseforetak, er tilgangen til pasientjournalen begrenset.

Utgangspunktet og hovedregelen er at helsepersonell er bundet av sin lovpålagte taushetsplikt, jfr. helsepersonelloven § 21, som skal hindre at andre (inkludert annet helsepersonell) ikke får tilgang til pasientopplysninger. Tilgang for andre forutsetter pasientens samtykke med mindre tilgang kan hjemles i et av unntakene fra taushetsplikt. De mest aktuelle unntakene i forhold til samhandling i helsetjenesten, er helsepersonelloven § 25<sup>9</sup> om tilgang for samarbeidende personell og helsepersonelloven § 45<sup>10</sup> om tilgang for andre som yter helsehjelp. En sentral problemstilling i forhold til effektiv samhandling er hvorvidt det i en slik unntakssituasjon er adgang til å gi annet helsepersonell direkte tilgang til den aktuelle elektroniske pasientjournalen, eller hvorvidt overføringen krever en aktiv handling fra det avleverende helsepersonell.

Helsepersonelloven regulerer hvem som har adgang til personinformasjonen, ikke på hvilken måte informasjonen blir gitt. Direkte tilgang til pasientinformasjon styres gjennom reglene i helseregisterloven og avhenger av om helsepersonellet er innenfor eller utenfor den virksomheten som har pasientopplysningene registrert, og som dermed er underlagt instruksjonsmyndigheten til den databehandlingsansvarlige for Elektronisk pasientjournal, jmfør § 13.

Innenfor en og samme virksomhet er dermed utgangspunktet at helsepersonelloven § 25 gir tilgang til opplysningene på bakgrunn av om helsepersonell har behov for opplysningene i tjenesten eller ikke. Dette er dog ikke annet enn et utgangspunkt etter gjeldende rett, og begrensningene synes å være omfattende. For spesialisthelsetjenesten følger det av spesialisthelsetjenestelovens § 3-2 at den enkelte helseinstitusjon skal sørge for forsvarlig pasientjournal. Et helseforetak kan bestå av

flere institusjoner i lovens forstand. Bestemmelsen om journalansvar tolkes derfor slik at det må opprettes adskilte journaler for en og samme pasient innenfor ett helseforetak som består av flere institusjoner/ behandlingsenheter. Etter gjeldende rett er det heller ikke uten videre gitt at tilgang kan gis på bakgrunn av rollestyring/stilling innenfor kommunehelsetjenesten eller innenfor et legekontorfelleskap. Det må blant annet gjøres en konkret vurdering av forholdet mellom databehandlingsansvaret og journalansvaret, og dermed av hva som er å regne som eksternt og intern tilgang i lovens forstand. Det vil føre for langt å gå inn i en fortolkning av regelverket for de enkelte tjenestenivåer.

Ovennevnte fortolkning vil i mange tilfeller kunne være en hindring for effektiv samhandling i helsesektoren. Flere av landets helseforetak er i dag organisert på en måte som vanskeliggjør samhandling på tvers av avdelinger og behandlingsenheter innenfor foretaket. Ofte vil en pasient ha behov for helsehjelp fra flere avdelinger internt på et sykehus. I lovens forstand vil disse være å anse som separate institusjoner, som dermed skal ha separate journaler. Utlevering av journalopplysninger fra en avdeling til en annen avdeling innenfor samme helseforetak vil dermed være å anse som eksternt tilgang. Det kan ikke opprettes roller/stillinger for eksterne slik at disse selv kan få tilgang på journaler innenfor en virksomhet. Dette følger av helseregisterloven § 13<sup>11</sup>, men kan også utledes av formålet med og hensynene som ligger til grunn for taushetsplikten. Dersom det er rettslig adgang til å utlevere pasientopplysninger fra en virksomhet til en annen – for eksempel fra en fastlege til et helseforetak – må dette altså skje ved en aktiv overføring av opplysningene.

Utvalget mener en utvidet mulighet for direkte tilgang på pasientopplysninger i andre virksomheter vil gi gode samhandlingsresultater. Enklere tilgang på pasientinformasjon styrker grunnlaget for forsvarlig pasientbehandling. Utvalget mener det i det videre arbeidet for å fremme samhandling, vil være behov for foreta en grunnleggende analyse av blant annet tjenesteyterens behov for tilgjengelighet til informasjon (herunder behovet for tilgang til akuttmedisinsk informasjon), behovet for informasjonsdeling mellom virksomheter, samt behovet for en bedre oversikt og strukturering av journalinformasjonen.

<sup>9</sup> "Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp."

<sup>10</sup> Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som nevnt i § 39 gi journalen eller opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp etter denne lov, når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum.

<sup>11</sup> "Bare den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, kan gis tilgang til helseopplysninger. Tilgang kan bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt."

Når en slik analyse er gjennomført, vil det være behov for foreta en fullstendig gjennomgang av gjeldende regelverk, med sikte på å beskrive ulike løsningsalternativer, både alternativer som lar seg realisere innenfor dagens juridiske rammebetingelser og eventuelle alternativer som krever lovendringer. Herunder er det grunn til å vurdere om virksomhet eller institusjon (organisatorisk enhet) er et hensiktsmessig kriterium å knytte informasjonstilgangen til. Det er også viktig å utrede muligheter for bedre kontroll og tilsyn med misbruk av informasjon, ved hjelp av for eksempel logging av bruk. Målet må være å finne frem til løsninger som både ivaretar behovet for effektiv samhandling i pasientbehandlingen og den enkelte pasients personvern.

#### 7.4.7 Samhandling om bruk av legemidler<sup>12</sup>

Legemiddelutgiftene utgjør en voksende andel av de totale helseutgiftene, og den årlige veksten i legemiddelomsetningen har ligget mellom 7 prosent og 13 prosent hvert år de siste ti årene. En Stortingsmelding om legemidler er varslet i løpet av 2005.

Feil bruk av legemidler er utbredt så vel i helseinstitusjoner som i primærhelsetjenesten. Rapporter til Helsetilsynets meldesentral viser at slike feil i sykehus fører til minst 10-15 dødsfall og 50-100 alvorlige skader per år på landsbasis. Undersøkelser fra Norge og Sverige indikerer at så mye som 5-10 prosent av alle innleggelser kan tilbakeføres til feilaktig legemiddelbruk.

Studier viser at feilmedisinering, det vil si feil legemiddel, feil dose eller dose gitt til feil pasient, kan forventes i om lag 20 prosent av alle behandlingsforløp der medikamenter blir forskrevet og brukt. Forekomsten av feil i de ulike fasene av legemiddelhåndteringen ser ut til å være av denne størrelsesorden: Forskrivningsfasen 39 prosent, dispenseringsfasen 12 prosent og administrasjonsfasen 38 prosent.

Studier av hendelsesforløpet forut for legemiddelskader viser at de kan forklares med systemproblemer som ufullstendig opplæring, manglende rutiner og uklar ansvarsdeling eller informasjonsoverføring.

Feil forekommer i alle ledd i håndteringen av legemidler:

- I forskrivningen: Leger kan gjøre feil i kliniske vurderinger og valg av medikamenter. Doserin-

gen kan være for lav eller høy. Polyfarmasi<sup>13</sup> og manglende nedtrapping er andre velkjente problemer.

- I dispenseringen: Misforståelse mellom lege på sykehus og sykehjem, fastlege, legevaktsleger og sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehjem, apotek og pasient kan føre til at feil preparat blir utlevert eller at det ikke blir brukt på riktig måte.
- I administreringen: Feil kan oppstå både når pasienten tar medisinen selv eller får dem utdelt av pleiepersonale

Legemiddelhåndtering involverer mange faggrupper og flere nivåer (apotek, sykehus/poliklinikker, spesialister, fastleger, sykehjem og hjemmesykepleie), og er derfor spesielt sårbar for misforståelse og feil i overføring av informasjon. Fagpersonellet ser ofte lite til hverandre i det daglige arbeidet, og feil oppstår når informasjon overføres fra et prosessledd til det neste. Mange personer deltar i arbeidet, og det kan være vanskelig for den enkelte å holde oversikt over prosessen og hvor det kan være behov for forbedringer.

I de siste årene har det kommet økt dokumentasjon på at alle overleveringer av opplysninger om legemiddelbruk er kritiske punkter med stor risiko for feil. Risikoen øker når pasienter bruker mange medisiner. Eldre pasienter er spesielt utsatt, særlig fordi mange syke og pleietrengende eldre hyppig skifter behandlings- og omsorgsnivå.

Utvalget er bekymret for den alvorlige situasjonen som de siste årene er avdekket på dette samhandlingsområdet. Dokumentasjonen avslører et stort behov for at sviaktende manuelle rutiner avløses av robuste elektroniske systemer, som kvalitetssikres på en slik måte at pasientene kan føle seg trygge på overføringen av legemiddelopplysninger.

#### 7.4.8 Behandlingshjelpemidler

De regionale helseforetaks ansvar for spesialisthelsetjenester omfatter også spesialistbehandling som foregår i hjemmet. Mange helsetjenester kan ytes utenfor institusjon, også i de tilfelle pasienten er avhengige av (avanserte) behandlingshjelpemidler. Dette innebærer at pasienten har krav på behandlingshjelpemidler dersom dette er nødvendig.

<sup>12</sup> Avsnitt basert på "Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester", Rapport fra Helsetilsynet, 11,2002

<sup>13</sup> Polyfarmasi: Samtidig bruk av flere reseptpliktige og/ eller ikke-reseptpliktige preparater. Medikamentregimet inneholder minimum et nødvendig preparat. Bruk av et medikament til behandling av bivirkning av et annet preparat. Bruk av flere enn 5 medikamenter.

Formidlings- og finansieringsansvaret for behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmaterieell ble overført samlet fra trygdeetaten til de regionale helseforetak fra og med 1. januar 2003, se St.pr. nr. 1 (2002-2003) for Helsedepartementet. Pasienter som skal bruke utstyret må få nødvendig opplæring. Dette skjer ofte gjennom hjemmesykepleier eller annet personell som yter bistand i hjemmet. Også disse vil kunne ha behov for opplæring i bruken av utstyret.

De fleste pasienter tildeles utstyret av det helseforetaket de naturlig sokner til. Ved fritt sykehusvalg kan det også være et annet helseforetak og annen helseregion.

Helseregionene vil kunne ha noe ulikt syn på hvilket utstyr som samlet sett er det beste, og bruke ulike utstyrsleverandører. Det betyr at pasienter i samme kommune med samme behov for utstyr kan ha forskjellig utstyr. Dette stiller større krav til dem som skal hjelpe pasienten til å bruke utstyret rett.

Det kan være gode grunner til at den instans som tildeler utstyret må ha ansvaret for å lære opp pasienten i bruken av det. Samtidig bør det foretak som rekvirerer utstyret evtentuellet inngå avtale med annet foretak om den videre oppfølging av pasienten og utstyret dersom foretaket vanskelig selv kan påta seg det videre ansvaret. Det må da også gjelde opplæring/veiledning av kommunalt ansatt personell. På denne måten kan ikke behandlingen ansees som avsluttet selv om pasienten er flyttet ut av sykehuset.

Utvalget mener det kan være behov for at de regionale helseforetakene blir enige seg imellom om ansvarsfordeling knyttet til behandlingshjelpemidler og nødvendig oppfølging og veiledning når retten til fritt sykehusvalg brukes. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner kan være en naturlig anledning til å regulere hvordan opplæring og veiledning av pasienter og kommunalt ansatte skal skje når spesialisthelsetjenesten tildeler pasienter behandlingshjelpemidler.

#### **7.4.9 Samarbeid om fødselsomsorgen**

Svangerskapsomsorgen er et kommunalt ansvar, mens helseforetakene har ansvar for fødsler, både i fødestuer og sykehus. Større grad av kontinuitet mellom svangerskap og fødsel har kommet i fokus de siste årene både fordi kvinner etterspør kontinuitet<sup>14</sup> og fordi nyere data viser at resultatene blir bedre (mindre intervensjon, færre komplikasjo-

ner) når de gravide selekteres etter risiko gjennom svangerskapet. Det er grunn til å tro at kontinuitet ved at de samme jordmødre tar hånd om både svangerskapsomsorg og fødsel er en viktig forutsetning for god seleksjon gjennom svangerskapet. Nasjonalt råd for fødselsomsorg fremhever at målsettingen av faglige grunner bør være at jordmødre arbeider både med svangerskapsomsorg og i fødeinstitusjoner, og at kontinuitet tilstrebes i størst mulig grad.

Fødestuer er jordmorstyrte enheter i eller utenfor sykehus, som skal ta hånd om friske fødende med normale svangerskap. Etter foretaksreformen har Stortinget fastslått at fødestuene er foretakenes ansvar. Ved at fødestuene skal ivareta både svangerskaps- og fødselsomsorg, er oppgavene en kombinasjon av primær- og spesialisthelsetjeneste og et godt eksempel på samhandling mellom tjenestenivåene. Sosial- og helsedirektoratet har utredet ansvarsforholdene ved fødestuer, og anbefalt at avdelingsleder ved fødestuen er ansatt i foretaket, men at øvrig personell kan være kommunalt ansatte. Det må inngås en avtale mellom kommune og foretak i hvert enkelt tilfelle, og det er forutsatt at både kommuner og helseforetak bidrar til driften av fødestuene.

Ved de fleste fødestuene (12 av 13) ivaretar jordmødrene svangerskapsomsorgen, sammen med allmennlegene i området, og mange steder også følgetjeneste. Ved Tynset Sjukehus og Lofoten sykehus kjøper kommunene som sogner til fødestuen jordmortjenester av helseforetaket i den brøk de trenger for å ivareta jordmordelen av svangerskapsomsorgen for sin fødepopulasjon.

Utvalgets vurdering er at også de store fødeavdelinger bør tilstrebe en organisering som ivaretar kontinuitet gjennom slik organisering, og viser til Skejby sykehus i Århus, Danmark. Alle jordmødrene i Århus amt er ansatt på sykehuset, og driver svangerskapsomsorg i et eget jordmorsenter. Sykehuset, kommunen og fastlegene har et felles opplegg og arbeidsdeling for rutinemessig svangerskapsomsorg, som understøtter en helhetlig pasientbehandling.

#### **7.5 Nærmere om (re)habilitering**

Utvalget har i sin drøfting tatt utgangspunkt i forskriftens definisjon av habilitering og rehabilitering, jamfør avsnitt 4.5. Utgangspunktet for en rehabiliteringsprosess er svikt i eller tap av funksjoner. Selv om tiltakene defineres som "tidsavgrensede", legger utvalget til grunn at (re)habilitering vil være en langvarig prosess for noen pasienter.

<sup>14</sup> Legkvinnekonferansen på Hadeland 1999, Konsensuskonferansen i Bodø, Statens Helsetilsyn/Forskningsrådet



For mange pasienter er god rehabilitering avgjørende for at den medisinske behandlingen skal være vellykket. Den konkrete målsettingen for (re-)habiliteringen må fastsettes individuelt med utgangspunkt i pasientens plager, ønsker og mål. Dette vil også avgjøre hvilke tjenester og fagpersoner det er aktuelt å trekke inn i rehabiliteringsarbeidet. God og rask rehabilitering er viktig for at flest mulig i yrkesaktiv alder kan komme tilbake i arbeid, og for noen vil yrkesmessig attføring være aktuelt. For andre er det viktigst at rehabiliteringen fører til økt selvhjulpenhet og/eller reduserer smerte og uførhet, mens noen må begrense målsettingen til å bedre livskvaliteten. For barn med habiliteringsbehov er det svært viktig at tiltak iverksettes raskt og er godt koordinert.

Utvalget har merket seg at Stortingets sosialkomité nylig har uttalt "at rehabiliteringsvirksomheten må prioriteres høyere, og de institusjoner som driver denne virksomheten, må sikres en bedre og mer forutsigbar økonomi". Dette fremkommer også i Bestillingsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2005.

### 7.5.1 Generelt om (re)habilitering

(Re)habilitering spenner fra enkle kortsiktige tiltak til omfattende tverrfaglig innsats over lang tid. For den siste gruppen vil individuell plan være et svært relevant arbeidsverktøy. Fordi så mange fagpersoner kan være involvert, både i og utenfor helsetjenesten, er rehabilitering et fag- og arbeidsområde som i særlig grad blir utfordret på god samhandling. Utvalget konstaterer at det ikke finnes klare kriterier som skiller spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver for habilitering/rehabilitering fra kommunenes. Kommunene sitter med et totalansvar, og ofte vil spesialisthelsetjenesten være premissleverandør for hvor grenseskillet mellom spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar går. Resultatet er at kommunene må ta det ansvaret spesialisthelsetjenesten ikke anser som sitt. For å bøte på disse problemene har eksempelvis Trondheim kommune og St. Olavs Hospital utarbeidet felles kriterier for tildeling av plasser for rehabilitering i kommune- eller spesialisthelsetjenesten, som også inkluderer opphold i opptreningsinstitusjoner.

Det er ofte vanskelig for kommunene, særlig de små, å etablere en god rehabiliteringstjeneste. Systemet er sårbart, og går spesielt ut over pasienter med kroniske lidelser som må forholde seg til stadig nye personer. For å redusere sårbarheten i småkommuner og styrke det lokale fagmiljøet kan

interkommunalt samarbeid være godt egnet for tiltak innenfor rehabiliteringsfeltet.

Rehabiliteringsforløpet i spesialisthelsetjenesten starter ofte med en akuttfase etter nyoppstått skade/sykdom. Det er da viktig at det tidlig etableres et tett og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten for å sikre best mulig oppfølging av pasientene. De kommunale tjenestene vil ofte være sentrale i det videre forløpet, men kommer ofte for sent inn i bildet. Etter utskrivning må også kommunene kunne trekke på ressurser i spesialisthelsetjenesten ved behov, slik at det funksjonsnivået som pasienten har oppnådd, fortsatt kan styrkes eller forsøkes opprettholdt.

Det er store forskjeller, både regionalt og mellom helseforetakene, på faglig innhold og organisering av (re)habilitering. Det er utvalgets inntrykk at arbeidsområdet er lavt prioritert, og taper lett i kampen om interne ressurser. Dette påvirker mulighetene til aktiv samhandling. Samtidig gjør mange kommuner og helseforetak en utmerket innsats innen rehabilitering.

Utvalget regner med at det er mange grunner til at rehabilitering ikke er gitt tilstrekkelig prioritet, men utelukker ikke at noe kan forklares med at aktivitetsbaserte finansieringsordninger er vanskelig å tilpasse (re)habilitering. Utvalget er kjent med at sykehus som tilbyr ambulante tjenester, finner det ulønnsomt, fordi dagens takster ikke understøtter virksomheten. Samfunnsøkonomisk kan dette imidlertid være lønnsom aktivitet fordi det kan forebygge behov for innleggelser ved at det gir styrket egenomsorg og faglig støtte til lokalt hjelpeapparat. Utvalget ser derfor et klart behov for at en vurderer alternative finansieringsordninger som i større grad kan stimulere helseforetakene til å etablere og styrke ambulerende virksomhet i sine rehabiliteringsenheter.

Både individuell plan og veiledning er viktige tiltak innenfor (re)habiliteringsområdet. Det vises til avsnitt 6.3 og punkt 7.8.4.

Statens Kunnskaps- og Utviklingssenter for helsehelhetlig Rehabilitering (SKUR) har nylig avgitt en rapport om kartlegging av "den koordinerende enhet" for re-/ habiliteringsvirksomheten i kommunene (2). Rapporten viser at av 84 kommuner i tre fylker hadde 41 kommuner etablert en koordinerende enhet, og i 20 av disse ble funksjonen ivare tatt "gjennom et fast overordnet, tverrfaglig team". Arbeidet er forankret i helsesektoren, som har 90 prosent av representantene i de tverrfaglige teamene. Utvalget konstaterer at det fortsatt gjenstår mye på at forskriftens intensjon er oppfylt. Selv der det er etablert en forankring, mangler i stor grad et tverrsektorielt brukerperspektiv. Det er meget

alvorlig når rapporten konkluderer med at enhetenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten er preget av "tilfeldighet og mangel på systematikk".

Utvalget finner at forskriftens krav om "en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten" er utydelig. Det kan virke som det er tilstrekkelig om det finnes én enhet i hver helseregion. I så fall forutsetter dette at disse enhetene har kontakt med mellom 83 og 89 kommuner. Utvalget har berettiget grunn til å tvile på om dette er mulig, og det vil iallfall ikke fremme god samhandling. Fire års erfaring med forskriften har vist at rehabilitering er et vanskelig samarbeidsområde, og utvalget mener derfor at det er nødvendig at alle helseforetak med lokalsykehusfunksjon har en koordinerende enhet for sitt opptaksområde.

Tilbudene om (re)habilitering er altså geografisk ulike. Når skillet mellom hva tjenestenivåene skal gjøre også er utydelige, kan dette lett gi ulike ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten utover landet og stor fare for at pasienter "faller mellom to stoler". Det er et ansvar for ledelsen på begge tjenestenivåer å sikre prioritering av (re)habilitering for å oppnå et samlet godt resultat for pasientene.

### 7.5.2 Opptreningsinstitusjonene

Utvalget baserer seg på at disse institusjonene har hatt og har en viktig funksjon som en del av rehabiliteringstilbudet, både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Flere utredninger har også konkludert med at opptreningsinstitusjonene utgjør et verdifullt behandlingstilbud i helsetjenesten, men at de må integreres bedre i det samlede tilbudet.

Virksomheten er regulert etter egen forskrift om opptreningsinstitusjoner, samt trygdeetatens regler, bl.a. som grunnlag for søknadsbehandlingen ved trygdekontorene. Det er allmenn enighet om at regelverket ikke er tidsmessig, og må revideres. Oppholdene i opptreningsinstitusjonene har vært dekket av Rikstrygdeverket og en mindre egenandel fra pasienter. De har således verken belastet helseforetakenes eller kommunenes budsjetter.

I følge St. meld. nr. 21 (1998-1999) "Ansvar og meistring", var det et problem at opptreningsinstitusjonene ikke i tilstrekkelig grad ble sett i sammenheng med de øvrige rehabiliteringstilbudene. Dette førte til at det var vanskelig å få til en effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanse i disse institusjonene, og oppnådde resultater kunne miste sin effekt på grunn av manglende oppfølging lokalt. I dag er det de regionale helseforetakene som leg-

ger premisser for og inngår avtaler med opptreningsinstitusjonene. Det er dermed lagt til rette for en bedre samordning av de privateide institusjonene innad i spesialisthelsetjenesten, men samtidig skal det ivaretas at de også er viktige i samhandlingen mot primærhelsetjenesten.

På landsbasis kostet driften av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i 2002 ca. 625 mill. kr. Det faglige tilbudet varierer sterkt og mange av institusjonene gir kun tilbud til hovedsakelig selvhjulpne pasienter. Den ulike geografiske fordelingen har også medført ulik tilgjengelighet for brukerne, med store regionale variasjoner i faktisk bruk av tilbud. Den fremtidige organisering av plasser for rehabilitering må ha som målsetning en mer hensiktsmessig geografisk spredning og en oppgavedeling mellom institusjonene for å sikre volum og kvalitet i tjenestene. Det vil være en betydelig utfordring for fastleger i samarbeid med spesialisthelsetjenesten å sikre riktig prioritering av pasienter.

Rundt halvparten av pasientene som tilbys opphold, er henvist fra sykehus. En del av disse pasientene overføres fra sykehus til opptreningsinstitusjoner som følge av manglende tilbud i bostedskommunen. Helse- og omsorgsdepartementet har anslått at omlag 30 prosent av plassene på landsbasis reelt sett er kommunehelsetjeneste. Denne avgrensningen er det imidlertid ikke lett å operasjonalisere, men den høye gjennomsnittsalderen med stor andel pasienter over 70 år, til dels også over 80 år, gir indikasjon på at mange pasienter kunne og burde få sitt tilbud i kommunen.

Endringene i økonomi og ansvarsforhold vil derfor berøre kommunehelsetjenesten i sterk grad. Utvalget vil derfor peke på at kommunene sammen med helseforetakene må vurdere hvilke strategier som er best egnet til å ivareta pasientenes behov for et samlet og godt rehabiliteringstilbud. Tjenestenivåene må sammen definere behovene for framtidige rehabiliteringsplasser, også fordi dagens tjenestetilbud innenfor rehabilitering er så ulikt utviklet. Et annet argument for en samlet vurdering av innsatsen, er at rehabilitering i utstrakt grad må være en sammenhengende tiltakskjede, der et opphold på opptreningsinstitusjon er ett ledd i kjeden.

Utvalget vil derfor anbefale at omleggingen av institusjonene har noen sentrale føringer:

- Institusjonene underlegges de samme prinsipper og retningslinjer for kvalitet og prioritering som helseforetakene.
- Institusjonene skal være et supplement til, men ikke erstatte rehabiliterings-, og etterbehandlingstilbudene i sykehus og i kommunehelsetjenesten.

- De nye avtalene må gi grunnlag for en kvalitativt bedre tjeneste, riktigere prioriteringer og en mer helhetlig behandlingsskjede.
- Avtalene må understøtte arbeidet for en bedre koordinert rehabiliteringstjeneste med god samhandling.

## 7.6 Nærmere om rus og psykisk helsevern

For disse målgruppene er ofte samhandlingsutfordringene store og de berører flere deler av tjenesteapparatet. En av utfordringene er at personer med alvorlige rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer ofte ikke selv oppsøker hjelpeapparatet, enten fordi de ikke er i stand til det eller fordi de ikke selv anser seg som hjelpetrengende. Pårørende er derfor en viktig samarbeidspart for denne målgruppen.

Stortinget vedtok at ansvaret for rusmisbrukere skulle være delt mellom foretakene og kommunene. Gjennom reformen skulle alle tiltak rettet mot pasienter med rusmiddelmisbruk samles i kommunene, med unntak av de spesialiserte hel-

### Boks 7.5 Eksempel på samhandlingsutfordring

17 år gammel gutt som er barneverns klient med diagnosen ADHD, omfattende rusmisbruk, sterk angst og utagerende atferd.

Han kan i prinsippet på grunn av kompleksiteten i lidelsen og alder henvises av:

- barnevernet
- fastlegen
- sosialkontor
- PP-tjenesten

Og henvisningen kan gå til:

- Barne- og ungdomspsykiatrien
- Psykiatrisk ungdomsteam
- Ruspoliklinikk i voksenpsykiatrien
- Voksenpsykiatrien

Dette avhenger av hvem det er i kommunen som fanger opp problemstillingen og avhenger av hva slags tilbud aktuelt foretak har lokalt. Uansett stiller dette betydelige krav til samhandling innen en kommune, mellom kommune og foretak og internt i foretaket.

setjenestene. Målsettingen var blant annet å planlegge helhetlige tiltakskjeder ved å:

- bruke ressursene riktig
- la alle få individuelt tilpassede tiltak
- sørge for at tiltak henger sammen
- fokusere på kvalitet, definert som tjenester og tiltak som virker

Sosial- og helsedirektoratet gav Sintef i samarbeid med Rogalandsforskning i oppdrag å evaluere rusklienter og tjenester (se Ruud m. fl. 2004). Hovedkonklusjoner i denne rapporten er:

- de fleste fikk et tilbud tilpasset behovet
- tilbud om bolig, arbeid, opplæring og aktivisering er særlig viktig i rehabiliteringen
- det er mangelfulle tilbud om arbeid, opplæring og aktivisering
- det er behov for tettere samarbeid mellom etater som har ansvar for bolig, utdanning og arbeid
- sosialklienter til konsultasjon i kommunal sosialtjeneste hadde i nesten halvdel av tilfellene en psykiatrisk diagnose, og om lag en tredjedel av tilfellene rusproblemer

### 7.6.1 Rus og psykisk helsevern på det kommunale nivå

Regjeringen har gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse gjennomført en større handlingsplan for psykisk helsevern. Handlingsplanen og opptrappingen er ikke avsluttet. Samtidig er det gjort vesentlige endringer i lovverket som regulerer helsetjenestene på kommunalt nivå. De viktigste er innføringen av fastlegeordningen, og en del endringer i kommunehelsetjenestelovgivningen. Per i dag foregår det også et arbeid for å harmonisere lovverket i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene<sup>15</sup>.

Samordningen av tiltak på kommunalt nivå synes i svært stor grad å være avhengig av at ordningen med individuell plan blir innført i kommunale etater. Slik lovverket er foreslått endret understøtter det i realiteten en kommunal helse og sosialtjeneste.

Dette tar nettopp utgangspunkt i at den horisontale samordning mellom ulike deler av den kommunale helse og sosialtjenesten er svært viktig for pasienter innen psykisk helsevern og pasienter med alvorlige rusproblemer eller sammensatte problemer. Det viktigste verktøyet for å få til samhandling omkring disse pasientene er i dag ordningen med individuell plan. Den må videre

<sup>15</sup> Bernt utvalget, NOU 2004: 18, helhet og plan i sosial og helsetjenestene

utvikles, og den må implementeres med høy kvalitet på det kommunale nivå.

### **7.6.2 Rus og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten**

Gjennom sykehusreformen ble alle psykiatriske sykehus overført fra fylkeskommunen, til staten ved helseforetakene. Gjennom rusreform I ble tilsvarende gjort for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere. Dette betyr at spesialisthelsetjenestenivået for behandling både av pasienter innen psykisk helsevern og rusmiddelmisbrukere er lagt til helseforetakene. Mens psykiatriske sykehus normalt er lagt til lokale helseforetak, er en stor del av behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere private institusjoner med avtaler direkte med regionale helseforetak. Dette skaper en ekstra utfordring i samhandlingen.

Over tid har behandlingstilbudet til psykisk syke endret seg radikalt. Særlig har varigheten av hver enkelt innleggelse gått ned. Dette skaper særlige utfordringer i samhandlingen mellom innleggende instans, og den eller de (samme) instanser som skal håndtere pasienten etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten.

Kravene til tverrfaglig, spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere har blitt betydelig skjerpet etter rusreform I og II. Fra og med 1. januar 2004 ble all slik behandling overført fra lov om sosiale tjenester, til lov om spesialisthelsetjenesten. Fra og med 1. september 2004 fikk pasienter i rushelsetjenesten samme rettigheter som pasienter innen somatisk spesialisthelsetjeneste, og innen psykisk helsevern. Det medfører blant annet rett til vurdering av helsetilstand, rett til vurdering av behandlingsnivå, rett til vurdering av status for prioritering, og rett til individuell frist for behandling for rettighetspasienter.

Også innen psykisk helsevern er den dominerende formen for innleggelse de ikke-planlagte, altså innleggelser med preg av øyeblikkelig hjelp. Innen psykisk helsevern utgjør pasienter med rusmiddelmisbruk som tilleggsproblem om lag en tredjedel av innleggelsene. Tilsvarende vil mange pasienter i rushelsetjenesten ha en eller flere psykiske problemer.

Pasienter med et langvarig rusmiddelmisbruk kan utvikle psykiatrisk sykdom som en følge av rusmiddelmisbruket. Det kan være tilstander som depresjon, angst og psykoser. I Norge har forbruket av rusmidler økt svært mye siden 1997 (gjennomsnittlig forbruk av alkohol er doblet fra 1997 til 2004). Antallet personer med dobbeltdiagnoser er økende, altså pasienter med både rus-

middelmisbruk og en eller flere psykiatriske sykdommer. Det gir store utfordringer for samhandling og samarbeide mellom psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere.

### **7.6.3 Samhandling mellom tjenestenivåene**

Dersom samhandlingen mellom ulike tjenesteyttere på kommunalt nivå fungerer tilfredsstillende, har det kommunale tjenestenivået et godt utgangspunkt for å samhandle med andre forvaltningsnivå. Dersom vurderingene ender i en henvisning, går den enten til psykisk helsevern eller til rushelsetjenesten, som har samme plikt til å gjøre en vurdering av helsetilstand, behandlingsbehov og rettigheter for pasienten. Behandlingen blir gjennomført som poliklinisk behandling, dagbehandling eller som døgnbehandling.

For å ivareta pasientens interesser, er det avgjørende viktig at utskrivelsen fra spesialisthelsetjenesten foregår strukturert. Spesialisthelsetjenesten skal ha gjort kommunene oppmerksomme på et eventuelt behov for arbeid med individuell plan, eller startet dette arbeidet under oppholdet. For kommunene er det viktig at det foreligger en ferdig epikrise.

Inntil Rusreform II trådte i kraft 01.01.04, var ansvaret for å sikre en vurdering av rusmiddelmisbrukeres hjelpebehov og foreta en vurdering av aktuelle tiltak for rusmiddelmisbrukere primært lagt til sosialtjenesten, med unntak av dem med dobbeltdiagnose rus og psykiatri. Det var lagt inn et økonomisk insitament for sosialtjenesten til å vurdere tiltak utenfor institusjon som alternativ til innleggelse i fylkeskommunal institusjon. Dette var gjort ved at kommunen måtte betale en egenandel for de personene som ble innvilget opphold i institusjon. Tanken var at egenandelen skulle være såpass høy (kr. 12.500 per måned i 2003), at kommunene vurderte om tiltak utenfor institusjon var bedre for pasienten og mer kostnadseffektive for kommunen. Formålet var å stimulere til tiltak på lavest effektive kostnadsnivå og unngå kostnadsoverveltning til fylkeskommunene.

### **7.6.4 Samhandling mellom psykisk helsevern og rushelsetjenesten**

Pasienter med kjente psykiske lidelser kan i perioder bruke rusmidler som kompliserer både diagnostikk og behandling. Tilsvarende vil pasienter med rusmiddelmisbruk i perioder ha psykisk lidelse som er behandlingskrevende. En del pasienter har også dobbeltdiagnoser.

De tre pasientkategoriene stiller store krav til samhandling mellom psykisk helsevern og rushelsetjenesten. Inntil rusreformene og endringene i lovverket ble gjennomført (blant annet lov om pasientrettigheter), var det vanlig med ansvarfraskrivelse. Pasienter i psykisk helsevern ble avvist dersom det samtidig var rusmidler involvert, og pasienter med rusmiddelproblemer ble avvist i rushelsetjenesten dersom det samtidig forelå alvorlig psykiatrisk sykdom.

For personer som misbruker rusmidler og har psykiske lidelser og problemer, er det antakelig ofte både lite opplagt hvilke hjelpetiltak som er aktuelle og hvilke aktører det er aktuelt å trekke inn i et arbeid med individuell plan. I målgruppen vil det også være personer med store og komplekse problemer, der det må tas hensyn både til brukeren selv, til pårørende og til de som skal gi hjelpen.

Eksempel på "hvor galt det kan gå" når samhandlingen om valg av hjelpetiltak er dårlig, finnes i SIRUS-rapport nr 1, 2003<sup>16</sup> - Samhandlingens monolog. En konklusjon fra denne undersøkelsen som gjelder innvandrere, er:

"at klientene og de ansatte formidler en dyp uenighet om hva behandling innebærer. Deres forskjellige og motsetningsfulle forestillinger og forventninger til hva behandling er forhindrer dem i å etablere kontakt og utvikle et samarbeidsforhold. Måten de forholder seg, eller ikke forholder seg, til uenigheten bidrar til å forsterke de vanskelige samhandlingssituasjonene. Det at de ikke forhandler seg frem til en gjensidig situasjonsdefinisjon fører samtalen ut i en monolog. En monolog der ansatte i stor grad fremstår som aktive deltagere og klientene som passive tilskuere."

Rapporten kan illustrere behovet for brukerinnflytelse og betydningen av åpenhet omkring tiltakene, innhold og antatte effekter.

### 7.6.5 Evaluering av rusreformen

Det overordnede mål med rusreformen er å bedre behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Dette innebærer en styrking av helsetjenestene til pasientgruppen og bedre samordning av spesialisthelsetjenester for dem brukere som har behov for tjenester fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

Konsekvensen av å overføre ansvaret for spesialisert rusbehandling til helseforetakene, er at rus-

misbrukerne nå har fått status som pasienter med de samme rettigheter som alle andre pasienter har.

Rusreformen har ikke medført endringer i kommunenes ansvar og oppgaver. Sosialtjenestens helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere ligger fast, og det er forutsatt at sosialtjenesten samarbeider med helsetjenesten i arbeidet med oppfølging av rusmiddelmisbrukere etter et behandlingsopphold. Man forventer også at henvisningsadgangen for både fastlegen og sosialtjenesten vil gjøre behandlingstilbudet mer tilgjengelig for de rusmiddelmisbrukere som har et reelt behandlingsbehov.

Det er et stort innslag av private aktører som har avtale med helseforetakene. Man må sikre at disse gir pasientene de samme rettigheter, og at avtalene med helseforetakene sikrer nødvendige krav til samhandling.

Pasientene kan etter reformen henvises både av fastlegene og sosialtjenesten.

Det er viktig at dette to-henviser-systemet samhandler godt, slik at pasientene sikres god oppfølging både under behandling og etter overføring til kommunene.

Den kommunale egenbetalingen for opphold i institusjon er bortfalt. Det er viktig at dette ikke bidrar til at kommunene i mindre grad vurderer alternative behandlingssopplegg i førstelinjen, og reduserer sin samhandling før, under og etter innleggelse.

Rusreformen er 1 år gammel, og utvalget ser det ikke som hensiktsmessig å foreta en evaluering av reformen etter så kort tid. Utvalget vil dog påpeke at reformen har gitt noen tilleggsutfordringer når det gjelder samhandling, og vil anbefale at man legger stor vekt på disse elementene i en framtidig evaluering.

## 7.7 Legevakt og akuttberedskap

Ulike samarbeidsformer om legevakt viser at det kan være nyttig å ta utgangspunkt i de lokale forhold. Erfaringene med legevaktsamarbeid er oppsummert i Sosial- og helsedirektoratets veileder<sup>17</sup>.

Legevaktssamarbeid mellom kommuner og sykehus kan være organisert på to måter, enten som en samlokalisering (legevaktssentral ved et sykehus) eller som en reell samorganisering i et felles akutt-mottak. Ulike former for organisering sammen med sykehus velges i stadig flere kommuner, og er brukt i sykehus av ulike størrelse

<sup>16</sup> Se Berg (2003)

<sup>17</sup> Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger

(Drammen, Trondheim og Narvik). I 2003 hadde 55 prosent av de interkommunale legevaktene valgt slike løsninger.

Fordelen er at pasientene har ett sted å henvende seg ved skader og sykdom. Legevakten vil ved behov kunne ha tilgang til sykehusets laboratorie- og røntgentjeneste. Kort vei til spesialisthelsetjenesten gjør det også enklere for leger i legevakt å innhente faglige råd fra sykehusets spesialister. Denne modellen kan dessuten gi god ressursutnyttelse ved fleksibel bruk av helsepersonell. Det kan være en ulempe at forskjellige arbeidsgivere kan gjøre det vanskeligere å skape faglig samarbeid med en felles tilhørighet for personalet i tjenesten.

Felles legevaktsentraler etableres også utenfor sykehus i samarbeid mellom flere kommuner. De gode erfaringene med interkommunale legevakter er at det oppstår en tryggere arbeidssituasjon for helsepersonell, og for pasienter og leger er det alltid tilgjengelig hjelpepersonell på vakt. Ved samlokalisering forsterker tilgangen til sykehusets ressurser dette. De interkommunale legevaktsentralene fungerer som avlastning for legene i distriktene blant annet gjennom redusert vakthypighet, noe som er av stor betydning for rekruttering av leger til desentraliserte strøk. Et bedre faglig miljø kan sikre bedre kvalitet i tjenesten, opplæring, kvalifikasjonskrav, enhetlige dokumentasjonsrutiner og så videre.

Befolkningen er spesielt fornøyd med telefonbetjent legevaktsentral hele døgnet som blant annet innebærer bedre tilgjengelighet til tjenesten. Videre opplever pasienten at det er enklere å få tatt adekvate prøver og undersøkelser og at det generelt sett er enklere å forholde seg til stasjonær legevakt med fast adresse og ett telefonnummer.

Noen interkommunale legevaktsentraler skaper til dels svært store legevaktdistrikt, enkelte opptil 10 og 15 mil i utstrekning. Det kan derfor bli lange reisetider for pasienten, spesielt i randsonen av legevaktdistriktet. I beskrivelsen av interkommunale legevaktdistrikter er det ikke alltid lagt vekt på legevaktlegens mulighet til å nå raskt frem til publikum. Det er ikke stilt spesifikke krav til responstid hos legevakslegen utover at tjenesten skal være faglig forsvarlig.

For å ivareta forsvarlighetskravet er det derfor i noen av disse områdene lagt inn en beredskapsordning med en lege i hvilende vakt. Legen kan rykke ut der hastegraden er høy og avstanden til legevaktsentralen lang.

De ulike løsningene for samarbeid fritar ikke den enkelte kommune fra lovpålagt ansvar. Både lov om helsetjeneste i kommunene (§ 1-1 og §2-1)

og lov om pasientrettigheter (§ 2-1) er det fremholdt at alle som oppholder seg i kommunen (både fast og midlertidig) har krav på nødvendig helsehjelp. Kommunehelseslovens § 1-3a sier at kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Hovedkravet er da at tjenesten skal være medisinsk forsvarlig og tilgjengelig for publikum. I henhold til forskrift om medisinsk nødmedisintjeneste § 3-2, siste ledd, skal legevaktstelefon besvares så raskt som det er praktisk mulig og helsepersonell i ekstern vaktberedskap skal raskt være tilgjengelig i et lukket helseradionett.

Det pekes på at etableringen av interkommunale legevakter blir for kostnadskrevenende for mange av kommunene, særlig i de små kommunene hvor behovet for et interkommunalt samarbeid ofte er størst. Meromkostningene skyldes først og fremst at legene som deltar i denne ordningen har tilstedevakt, men også eventuelt bedre fasiliteter og mer støttepersonell. Stortinget har også bedt om en vurdering av konsekvensene av etablering av interkommunale legevaktsentraler med tanke på hvilke merkostnader som oppstår<sup>18</sup>.

Interkommunale legevakter gir en reduksjon i antallet sykebesøk med tilsvarende innsparing for Rikstrygdeverket<sup>19</sup>. Nedgangen kan ha sammenheng med at en lavere vaktbelastning på legene som deltar i ordningen gir økt tilgjengelighet til legetimer hos fastlegen på dagtid. På den andre siden vil en godt utstyrt legevakt kunne generere mer utgifter i form av avanserte prosedyrer eller mer bruk av laboratorieutstyr.

Kombinasjonen av interkommunal legevakt og fastlegeordning har gitt en reduksjon på 66 prosent i Rikstrygdeverket sine utgifter til legevakt for befolkningen i Radøy kommune<sup>20</sup>. Årsakene er i hovedsak en absolutt reduksjon av tallet på henvendelser på over 30 prosent og nær eliminering av sykebesøk av lege.

En rapport fra Sintef<sup>21</sup> konkluderer med at de fleste kommuner vil få økte kostnader ved å inngå i et interkommunalt samarbeid med en felles legevaktsentral, noe avhengig av hvor stor vaktbelastningen var i utgangspunktet. Samtidig vil trygdens refusjonsutgifter til legevakt per innbygger i følge

<sup>18</sup> Innstilling S nr 300 (2000-2001)

<sup>19</sup> Grimsø A; Regnearkmodell for beregning og fordeling av kostnader ved interkommunal legevakt [www.gruk.no/tema/legevakt](http://www.gruk.no/tema/legevakt)

<sup>20</sup> Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 506-7

<sup>21</sup> Økonomiske konsekvenser av interkommunalt legevakt-samarbeid. Sintef Helse 06 2004

rapporten være omkring det samme i de kommunene som deltar i interkommunalt legevaktssamarbeid som i kommuner som ikke deltar i slikt arbeid.

Det synes derfor som om interkommunalt legevaktssamarbeid på den ene siden genererer økte utgifter for kommunene. Samtidig er det indikasjoner på at det kan redusere Rikstrygdeverkets utgifter gjennom færre sykebesøk og en nedgang i konsultasjoner på natten. De samlede utgifter for Rikstrygdeverket til legevakt per innbygger både på dagtid og om natten til sammen kan synes tilnærmet uendret.

Ved ulykker/katastrofer vil det kunne være behov for tjenester fra alle de tre nødetatene: politi, brannvesen og helsevesenet. Rask og sikker kommunikasjon mellom etatene er her viktig. I dag har politi, brannvesen og helsevesenet begrenset mulighet for kommunikasjon mellom etatene og mellom ulike geografiske områder inne hver etat. Utvalget viser her til at det over tid har pågått et arbeid med å utvikle et felles nødnett i form av et nytt felles radiosamband mellom de tre etatene (se Utredning 2004 Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten).

Rask og god kommunikasjon mellom de som skal melde fra om akutt sykdom og ulykker/katastrofer, og nødetatene kan være avgjørende for at hjelpen skal bli effektiv og god. Nødmeldetjenesten er her viktig. I dag er nødmeldetjenesten organisert som en integrert del av hver enkelt nødetat, og hver etat tilbyr publikum et eget nødnummer for bruk i en nødsituasjon. Utvalget viser til Justisdepartementet nylig har hatt en større høring om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten. I høringen er blant annet også spørsmålet om det skal være ett nødnummer reist. I lys av dette arbeidet har utvalget valgt ikke å gå nærmere inn i noen vurderinger av nødmeldetjenesten.

## 7.8 Dokumentasjon, veiledning og kunnskapsutvikling

Kravene til god dokumentasjon er betydelig skjerpet i helsetjenesten. Dette inkluderer krav til dokumentasjon av rutiner og prosedyrer, men etter hvert også et krav om å dokumentere behandlingskvalitet.

Mye forskning og faglig utvikling skjer gjennom faglig fordypning innen enkelte deler av medisinen. Dette ligger også i fagets og forskningens natur. Det er imidlertid utvalgets oppfatning at det er en betydelig ubalanse mellom den betydning samhandling har for realisering av helsepolitiske

mål og den vekt som akademiske institusjoner og de faglige organisasjonene legger på dokumentasjon, forskning, kunnskapsutvikling og opplæring på området.

Dokumentasjonen tjener mange formål, men er kanskje viktigst som grunnlag for læring og kontinuerlig forbedring. For den kliniske virksomhet vil nasjonale kliniske kvalitetsregistre være den viktigste kilden til slik læring og forbedring. Det forutsettes at slike registre vil være implementert på bred basis i løpet av de nærmeste årene. Samtidig pågår det arbeid med å utvikle og implementere indikatorer for ulike kvalitetsdimensjoner, bl.a. i forhold til tilgjengelighet, organisering, medisinsk behandlingskvalitet og pasientopplevd kvalitet.

Slik kunnskapsutvikling må også i større grad drives på mer helhetlig kvalitet, der hele pasientforløpet fanges inn og studeres. Utvalget har også konstatert at det er lite forskning innenfor samhandlingsfeltet.

### 7.8.1 Vektlegging av samhandling

Utvalget har lagt til grunn at alle helsetjenester skal drives etter beste faglige kunnskap, rasjonelt og effektivt. De langt fleste pasientkontaktene foregår også i primærhelsetjenesten uten kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det er derfor like viktig at de beslutninger som tas i kommunehelsetjenesten er tuftet på beste tilgjengelige kunnskap.

Effekten av helsetiltakene vil i stor grad påvirkes av pasientenes sosiale situasjon og hva de mottar av sosialt understøttende tiltak. Denne sammenhengen kommer tydeligst fram innenfor områdene psykisk helse og rus, der forhold knyttet til sosiale nettverk, bosted, arbeid og økonomi vil være avgjørende både for generell helsemessig situasjon og for langtidseffektene av behandlingstiltak.

For å få til bedre samhandling mellom tjenestnivåene kreves det ikke bare tekniske og strukturelle løsninger. Det vil også kreve en grunnleggende forståelse og holdningsendring omkring hvorfor og hvordan man må samhandle. Dette dreier seg om en aldri så liten "kulturrevolusjon", med større vekt på felles ansvar, helhet, sammenheng og samspill.

Utvalgets vurdering er at samhandling som selvstendig tema for forskning bør prioriteres. De samfunnsmedisinske instituttene har her en viktig oppgave og et stort ansvar. Dette feltet bør styrkes gjennom økt satsing på helsetjenesteforskning i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### 7.8.2 Pasientforløpsanalyser som verktøy

Helhetlige pasientforløp er viktige både for pasientene og helsetjenesten. Godt koordinerte pasientforløp bidrar til høy kvalitet, effektiv ressursbruk, god service og stimulerende arbeidsmiljøer. Samhandling mellom delene av helsetjenestekjeden bør derfor innrettes mot å skape gode pasientforløp.

Studier av pasientforløp kan brukes som metode for påvisning av kvalitetsbrudd i pasientbehandling, både innen helsetjenesteforskning og for helsetjenesten selv i praktisk kvalitetsforbedring.

Det er viktig å hindre at syke pasienter blir dårlig ivaretatt / behandlet på grunn av organiseringen av helsetjenesten. Pasientforløpsstudier kan være en metode for å få oversikt over forhold som hindrer og fremmer god pasientflyt. Slik kan dette gi grunnlag for målrettede endringer i organiseringen av helsetjenesten.

Det finnes flere metoder til å studere pasientforløp. Tverrfaglig analyse av pasientforløp (TAP)<sup>22</sup> er en slik metode, som kan brukes til å identifisere og beskrive problemstillinger for å bedre logistikk og kvalitet i helsetjenesten.

### 7.8.3 Faglige retningslinjer og behandlingsprogram

Integrerte behandlingsprogram sikter på å gi pasientene bedre helse, både i form av høyere overlevelse, generelt bedre helsetilstand og færre sykehussinnleggelser.

Virkemidlene er bedre oppfølging av pasientene fra både spesialist- og primærhelsetjeneste og bedre opplæring av pasienten for å mestre egen sykdom. Gjennomgang av internasjonale erfaringer viser at program for helhetlig behandlingsforløp ser ut til å være særlig aktuelle for pasienter med diabetes, hjerteproblemer, ulike former for kreft slag, astma og lungesykdommer samt mange psykiske lidelser. Dette er store sykdomsgrupper der det også er en rimelig grad av enighet om virkemidler for både forebygging, behandling og rehabilitering.

I Norge og internasjonalt er det en rekke eksempler på at like tilstander behandles ulikt, og at det er uenighet om hva som er riktig behandling. Forskjellene kan ikke forklares alene ved forskjeller i sykkelighet, men må delvis forklares ut fra ulike oppfatninger av hva som er riktig behandling og manglende systematikk i kvalitetsarbeidet.

Internasjonalt pågår det et omfattende arbeid med å utvikle "clinical practice guidelines". Faglige

retningslinjer for behandling av pasienter blir ofte definert som "systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeider og pasient til å velge å passende / hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling" (6).

Faglige retningslinjer er bare ett av flere virkemidler i arbeidet med å bidra til god kvalitet. Det er vesentlig at arbeidet følges opp med effektiv implementering, slik at praksis endres. En faglig veileder kan dermed også være et effektivt hjelpemiddel til å få bedre samhandling i helsetjenesten.

På en rekke områder vet vi at behandlingsresultatet er avhengig av helhetlige pasientforløp med god samhandling. Det kan derfor være behov for å få frem kunnskap om dette, blant annet gjennom faglige retningslinjer. Det er da viktig at pasientgruppene får medvirke i utviklingen av retningslinjene. Utvalget vurderer likevel at slike retningslinjer ofte har en begrenset verdi i forhold til utvalgets mandat, fordi samhandlingskrevende pasienter ofte trenger svært individtilpassede tilbud.

### 7.8.4 Veiledning og kompetansebehov

Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 pålegger helsepersonell å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven er det vist til at målsettingen med å innføre en veiledningsplikt er å bidra til å skape en helhetlig helse-tjeneste og å motvirke at grensesnittet mellom to samhandlende linjer blir en flaskehals, med ressursløsning og kvalitetsbrudd som konsekvens.

Utvalget vil peke på at denne plikten omfatter alle ansatte i statlige helseinstitusjoner eller personell som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, for eksempel private lege- og psykologspesialister med driftstilskudd. Veiledning skal gis både av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten. Alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter omfattes av begrepet "helsemessige forhold". Spesialisthelsetjenesten kan ikke unnlate å oppfylle plikten under henvisning til ressurser eller arbeidsbelastning.

Veiledningsplikten gjelder både i forhold til enkeltpasienter som kommunen har eller overtar ansvaret for, og i forhold til kommunehelsetjenestens generelle lovpålagte oppgaver.

Nytt medisinsk utstyr og nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder muliggjør at helsehjelp kan ytes av personell i kommunehelsetjenesten. Tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenes-

<sup>22</sup> Se Regionale helseforetaks strategigruppe for samhandling og desentralisering



ten er i slike tilfeller helt avgjørende for at kommunehelsetjenesten kan ivareta oppfølgingen av pasienten. Også for de mer ordinære, løpende oppgaver vil veiledning fra spesialisthelsetjenesten være viktig. Dette gjelder for eksempel innenfor områder som palliativ behandling, (re)habilitering og psykisk helsevern.

Utvalgets vurdering er at veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten fortsatt er et område der det er forbedringspotensiale og utviklingsmuligheter i et samhandlingsperspektiv. Årsakene til at dette virkemiddelet ikke brukes i det omfang som hadde vært ønskelig, er nok flere.

For det første er utformingen/ordlyden av selve lovbestemmelsen problematisk. Plikten påhviler helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten, ikke virksomheten som sådan slik en rekke andre av lovens pliktbestemmelser er utformet. Når plikten ligger på individnivå, kan det medføre at virksomheten i liten grad prioriterer og legger til rette for slik aktivitet fra personalet sin side, selv om det var en uttalt forutsetning da bestemmelsen kom. Videre kan dette innebære at virksomheten heller ikke ser noen grunn til å styre omfanget eller gjennomføringen av veiledningen eller å kontrollere at plikten blir etterlevd.

Selv om det i lovens forarbeider vises til at plikten både gjelder veiledning i forhold til enkeltpasienter og i forhold til kommunehelsetjenestens generelle oppgaver, synes ikke dette å være så klart for tjenestene. Kommuner og pasientorganisasjoner viser til at det er uklart hvilke krav og forventninger som kan stilles til veiledning fra spesialisthelsetjenesten og at det er store ulikheter i hvordan dette utføres.

Eksempler på generelle veiledningstiltak som kommer større grupper av pasienter til gode, er spesialister som reiser ut i kommunene og gir særskilt opplæring til grupper av pasienter og helsepersonell eller at spesialisthelsetjenesten arrangerer kurs og seminar for kommunehelsetjenesten og pasient/brukerorganisasjoner. Ofte vil det være hensiktsmessig at dette også er nærmere regulert i samarbeidsavtale med kommunene.

Utvalget vil videre peke på at helsemyndighetene i liten grad har gitt helsetjenesten retningslinjer for hvordan veiledningsplikten er å forstå. Utvalget vil derfor tilrå at departementet klargjør innholdet i plikten, da utvalget mener dette er et viktig virkemiddel for bedre samhandling med og om pasienten, som bør utnyttes i langt større utstrekning enn det gjøres i dag.

Utvalget understreker at rammefinansieringen til spesialisthelsetjenesten må innbefatte ressurser til de aktiviteter det her er tale om, også de som

ikke er knyttet opp til oppfølging av enkeltpasienter. I tilknytning til dette vil utvalget fraråde at det skal være adgang til å ta vederlag for slike tjenester etter som det er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Kommunene tar sin del av utgiftene ved at de må dekke reiseutgifter for det personell som skal delta på opplæring, alternativt stille lokaler til disposisjon for kurs og seminar.

God samhandling krever ofte ulik kompetanse. Helsetjenestenes medarbeidere må først og fremst ha kunnskap om eget fag. Den enkelte helsearbeider må lære det som er nødvendig for å være trygg i sin yrkesutøvelse, herunder grensene for eget kompetanseområde. Like viktig som å ta i bruk egen faglighet, er å vite når annet fagpersonell kan bidra like godt eller bedre på overlappende og tilgrensende fagområder.

Helsepersonell trenger også kunnskap om andre deler av helsetjenesten, slik at de har bedre forståelse for helheten og pasientenes samlede behov for helse- og omsorgstjenester. I tillegg til å ha basiskunnskap om tilgrensende fagområder, er det nødvendig å utvikle kjennskap til de helsetjenestene som en samarbeider med og den virkelighet de arbeider i. Slik kunnskap er det lett å få ved at helsepersonell hospiterer hos hverandre. Spesialisthelsetjenesten har eksperter på avgrensede fagområder, mens personellet i primærhelsetjenesten lettere ser helheten og blir eksperter på et bredt og generelt fag- og arbeidsområde. Utvalget har fått mange signaler fra kommunalt nivå om at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om deres tjenestetilbud, og at dette kan forstyrre samhandlingen omkring pasientene.

Utvalgets vurdering er at mange forhold tilsier at veiledningsplikten, såvel som hospiteringsordninger, må være gjensidig og omfatte både kommuner og helseforetak. Selv om veiledning kvantitativt vil være mest aktuelt fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, er det viktig å legge til grunn at fagfolk i spesialisthelsetjenesten har behov for mye verdifull kunnskap og erfaring fra arbeid i kommunehelsetjenesten.

### 7.8.5 Samhandling som tema i utdanningen

Samhandling som tema står meget svakt i de fleste helsefaglige utdanninger. Dersom man skal lykkes med en økt samhandling mellom tjenestenivåene, må en faglig fellesforståelse og en felles samhandlingskultur utvikles gjennom forskningsbasert undervisning i både grunnutdanning og i videre- og etterutdanningen av alt helsepersonell. Utvalget legger vekt på at samhandling må være et viktig tema i all grunnutdanning for helsepersonell.

Tverrfaglig læring bryter ned barrierer mellom faggrupper. Felles videre- og etterutdanning for sammensatte personalgrupper kan derfor være aktuelt.

Klinisk utdanning i egen spesialitet er kjernen i spesialistenes kompetanse, og slike utdanninger må gå i dybden av spesialistområdet. Sett i samhandlingsperspektiv er det imidlertid avgjørende at alle slike spesialistutdanninger gjør samhandling til tema, som et aspekt knyttet til anvendelsen av spesialistkompetansen. Det bør derfor stilles krav om at samhandling inngår både i teori og praksis i spesialistutdanninger.

Det er opprettet flere tverrfaglige videreutdanninger for helsepersonell. Ett eksempel er tverrfaglig videreutdanning i behandling, rehabilitering og oppfølging for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Seprep). Slike videreutdanninger har oftest nær tilknytning til klinisk og praktisk arbeid med pasienter, samtidig som de er meritterende og skal ha en teoretisk karakter. Med en større nærhet til det kliniske arbeidet framstår videreutdanninger etter Seprep-modellen som hensiktsmessig med tanke på praktisk samhandling omkring pasienten.

Det eksisterer mange faglige møteplasser i helsetjenesten med stor betydning også for samhandling. Organiseringen har ofte tatt utgangspunkt i det lokale helseforetaket eller andre naturlige møtepunkter for aktørene. Utvalget har fått signaler på at det har blitt færre slike fora etter sykehusreformen, og dette er også bekreftet i KS-rapporten om samhandling. Dersom og der dette medfører riktighet, regner utvalget med at partene tar utfordringen ved å drøfte og beslutte nye tiltak i samarbeidsavtalen.

Brukerrepresentanter kan også bidra i utdanningen av helsepersonell. Gjennom mange år, og i

økende grad, har pasienter med kroniske lidelser deltatt i undervisning av helsearbeidere ved å gi av sine erfaringer. Undervisning ved pasienter øker studentenes kunnskaper om hva det innebærer å være pasient. Slik kunnskap kan bidra til å øke ferdigheter i samhandling med pasienter, og hvordan samhandling bedrer tjenestetilbudet for pasienten.

#### **7.8.6 Samhandling som tema i forskning**

Den medisinske forskningen i dag gjenspeiler i stor grad grenspesialiseringen i de kliniske fagene. Utvalget ser det som viktig å få etablert forskning innenfor samhandling, for utvikling av ny kunnskap og innsikt. De politiske og strategiske beslutningene for å fremme ulike samhandlingsmodeller må være kunnskapsbaserte. Medisinsk forskning og helsetjenesteforskning må vurdere relevant samfunnsvitenskapelig forskning og annen akkumulert kunnskap om samhandling i tilgrensende velferdstjenester.

Helseforetakene har fått ansvaret for forvaltningen av store deler av den kliniske forskningen og metodeevalueringen i Norge. Her ligger en utfordring i å få etablert forskningsprogram som kan fange opp disse problemstillingene. De regionale helseforetakene bør derfor utnytte de strategiske muligheter som ligger i prioritering av egne forskningsmidler, slik disse forvaltes gjennom universitetssamarbeidet. Konkret foreslås det at forskning om samhandling mellom nivåene gis prioritet og etableres som et langsiktig satsingsområde. Samhandling som forsknings- og undervisnings-tema har således adresse både til universiteter og høyskoler med helsefaglige utdanninger. Utvalget mener samtidig at en må styrke samhandlingsforskning, som tar sitt utgangspunkt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

## Kapittel 8

# Rammebetingelser for samhandling

### 8.1 Organisatoriske rammebetingelser for samhandling

I utgangspunktet er helsetjenesten fordelt på to separate nivå, henholdsvis forankret i kommunene og i de statlige foretakene. Men også innenfor foretakene og kommunene er det en rekke organisatoriske inndelinger. Dette gjør at det er mange organisatoriske enheter som må samhandle med hverandre.

Utviklingstrekkene som er beskrevet i kapittel 5 vil kunne utfordre etablerte ansvarsgrenser. Kommunene opplever at pasientene fra spesialisthelsetjenesten stadig blir mer pleietrengende, mens spesialisthelsetjenesten møter økende forventninger til hva som kan utrettes. Behovet for samhandling mellom tjenestenivåene vil være stort i fremtiden. Samhandlingsbehovet kan ikke endres vesentlig gjennom å flytte oppgaver og ansvarsgrenser for enkelte tjenester eller innføre helt andre organisatoriske løsninger. Det er viktig å se nærmere på hva som kan gjøres både innenfor gjeldende struktur for å bedre samhandlingene, samtidig som det er viktig å prøve ut om nye organisatoriske løsninger kan understøtte god samhandling.

De organisatoriske rammebetingelsene kan påvirke både ledelsemessige forhold og forhold knyttet direkte til den enkelte tjenesteyter. En bestemt organisering vil kunne understøtte og klargjøre ansvar og fullmakter. Implisitt vil valg av organisatorisk løsning definere samhandlingsaktører og samhandlingsparter. Måten helsetjenesten organiseres på vil derfor kunne ha innflytelse på samhandlingen i helsetjenesten.

Mange kommuner og foretak har etablert formaliserte samarbeidsavtaler om flyt av pasienter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og ansvaret for bl.a. tiltak som ligger i gråsonen mellom tjenestenivåene. Det er etter hvert utviklet en rekke samarbeidsarenaer. Det er i dag samarbeid om intermediaære tilbud i sykehjem, sykestuer og desentraliserte spesialistpoliklinikker som blant annet et uttrykk for et voksende behov for ulike organisatoriske løsninger. Ønskene om slike løsninger er i stor grad baserte på ulike lokale forhold og dermed ulike behov.

Kommunestørrelse, tilgjengelighet til kompetanse og transportmuligheter er forhold som kan innvirke på lokale valg av organisering. Det finnes imidlertid lite vitenskapelig dokumentasjon som kan brukes som grunnlag for å hevde at en organisatorisk løsning er bedre enn andre. De valgte organisatoriske løsninger er i stor grad fremkommet av historiske, økonomiske og politiske grunner.

Spørsmålet om hvordan de enkelte helsetjenestene skal organiseres, er i stor grad overlatt til eierne og de ansvarlige for tjenesteytelsen. Det er likevel noen nasjonalt bestemte rammer for hvordan tjenestene kan organiseres, for eksempel bestemt gjennom foretaksloven, helselovgivningen som regulerer kommunale tjenester og kommuneloven. I dette kapittel drøftes i hvilken grad nasjonale rammebetingelser kan bidra til å hemme eller fremme samhandling i helsetjenesten.

I dette kapittel drøftes også betydningen av ledelse, styring og formalisering av samarbeidet mellom tjenestenivåene. Videre drøftes betydningen av organisering av samarbeid mellom kommunene, og mellom foretak og kommuner

#### 8.1.1 Ledelse, styring og oppfølging

Ledelsens oppmerksomhet mot samhandling har stor betydning for hvilke resultater som oppnås på dette området. God ledelse kan inspirere medarbeidere til å bidra til å utvikle virksomheten i retning av mer effektiv og formålstjenlig ressursutnyttelse. Ledelsesoppmerksomhet mot samhandling innebærer vanligvis at samhandling tas med i oppgaveformuleringer, i krav til rapportering og oppfølgingen av oppnådde resultater. Samhandling må sees på som en nødvendig del av helsetjenestens oppgaver og må derfor også være gjenstand for ordinær ledelsesoppmerksomhet, f. eks gjennom virksomhetsrapportering, styring og kontroll.

Det er viktig at ansvar for samhandling forankres og tydeliggjøres i alle ledd. Det må starte med krav til samhandling i foretak/virksomheter fra eiernivå. Kravene til samhandling må være forankret i ledelse helt ned til ledelse av den enkelte tjenesteutøver. God samhandlingspraksis fordrer at

det arbeides med lederroller og ledelsespraksis, og at virksomhetene systematisk arbeider med å utvikle kompetanse som understøtter samhandling.

Det byr på betydelige utfordringer å gjennomføre målrettede og effektfulle tiltak på ledelsesområdet. Det er utvalgets oppfatning at risikoen for at dette sees på som bortkastede ressurser er særlig stor dersom strategier og tiltak gjennomføres oven i fra. Muligheten for suksess vil være langt større dersom tiltakene kan springe ut av erkjennelser og analyser i de faglige miljøene.

Utvalget har merket seg at flere tiltak rettet mot en mer helhetlig oppfølging av pasientene ikke er fulgt opp. Dette gjelder særlig ordningen med individuell plan og ordningen med pasientansvarlig lege. Utvalget mener dette delvis er et uttrykk for at det ledelsemessig ikke vies tiltrekkelig oppmerksomhet mot samhandlingsbehovet.

### **8.1.2 Samarbeid og likeverdighet**

Felles forståelse av den andre partens utfordringer blir pekt på som en viktig forutsetning for godt samarbeid. I undersøkelsen "Mellom to senger" (Gautun og Kristiansen 2002) ble det vist til at gode rutiner for samhandling og dialog mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å løse problemene vedrørende korridorpatientene. Undersøkelsen pekte på at oppmerksomheten bør være rettet mot pasienten og de faglige spørsmålene, fremfor økonomi, og at sykehusene gir veiledning. I tilsynsrapport 2003/1 peker Helsetilsynet blant annet på at det bør være rutiner for kontakt og involvering av primærhelsetjenesten ved avgjørelser om utskrivinger.

I forskrift om utskrivingsklare pasienter er det spesialisthelsetjenesten som definerer når en pasient er utskrivingsklar og dermed kommunens ansvar. Spesialisthelsetjenestens oppfatning av når pasienten er utskrivingsklar er ikke alltid samsvarende med når kommunen er mottaksklar. Utviklingen viser at utskrivingsklare pasienter stadig blir mer pleietrengende, og kommunen må være i stand til å ta dem imot. En slik utvikling viser hvordan beslutninger i ett ledd får betydning for tjenestetilbudet i et annet. Både felles enighet om hvor grensene går for hvem som har ansvaret og felles forståelse av nødvendigheten av at kommunehelsetjenesten har et mottaksapparat for stadig mer syke eller pleietrengende pasienter, er av stor betydning for hvor godt samhandlingen vil fungere.

Ubalansen mellom antall kommuner og antall foretak innebærer ofte at samarbeidsløsninger er basert på hva som er praktisk for spesialisthelsetjenesten. Behovet for administrativt enkle løsninger

i spesialisthelsetjenesten går på bekostning av kommunenes lokale behov og prioriteringer. Går foretakene for langt i retning av å beskytte egne interesser, vil det få betydning for samarbeidsviljen til kommunene, og omvendt. Felles for samarbeidsløsningene har vært gjensidighet i avtaleforholdet og at partene har respekt for hverandres behov og interesser.

Dersom samarbeidet mellom kommunale tjenesteytere og spesialisthelsetjenesten skal skje på en god og systematisert måte, må kommunen være etablert med hensiktsmessige samarbeidsløsninger som kan understøtte og initiere samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Dette er særlig viktig fordi de organisatoriske strukturene er så ulike i foretakene og kommunene.

I spesialisthelsetjenesten er det de regionale helseforetakene og helseforetakene som ofte har de beste forutsetninger både for å utøve et strategisk lederskap og for å forestå den nødvendige styringen av samhandlingen på tjenestenivå. Normalt finnes det ikke like robuste organer på den kommunale siden, mye på grunn av kommune størrelsen.

Det kan være en utfordring at samhandlingen i stor grad har hatt en ensidig forankring hos aktørene på den ene siden i samhandlingsforholdet. Samarbeid fungerer vanligvis best når det har sterk forankring i en likeverdstenkning. Kommunenes interesser kan med dagens organisering bli dårligere ivaretatt. Det kan derfor være behov for å styrke kommunenes muligheter og forutsetninger for å påvirke avgjørelser i spesialisthelsetjenesten som får betydning for egne arbeidsoppgaver.

God samhandling som ivaretar begge tjenestenivåenes interesser vil kunne være særlig viktig for forholdet mellom lokalsykehus og kommunene i sykehusets opptaksområde. I denne sammenheng vises det til at det i statsbudsjettforslaget for 2005 er lagt fram forslag til overordnet strategi for lokalsykehusene som nettopp innebærer å utnytte nærheten til kommunene og lokalsamfunnet.

### **8.1.3 Formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner**

De aller fleste kommuner har i dag én eller flere avtaler med spesialisthelsetjenesten som regulerer ulike sider av samhandlingen i ulike deler av tjenestene. Enkelte avtaler har en ensidig fokusering på håndtering av utskrivingsklare pasienter, mens andre bærer preg av større gjensidighet mellom partene og regulerer de fleste aktuelle forhold som gjelder samhandling. Noen kommuner har omfattende og bredt dekkende avtaler med aktuelt foretak (se boks 8.1).

Avtalene skal sikre rutiner ved informasjons-overføring, gode samarbeidsrutiner ved innleggelse og utskrivning, samt retningslinjer for håndtering av uenighet. Avtalene kan også regulere veiledning og kompetanseoppbygging. Innholdet av avtalene er imidlertid begrenset av de rammene for tjenestene som lovverket setter. Det innebærer at partene for eksempel ikke kan avtale at kommunene skal overta ansvaret for å yte enkelte spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere.

Enkelte avtaler er detaljerte i reguleringen av partenes rettigheter og plikter, mens i andre har man sett det som mer formålstjenlig å definere felles målsetninger og prosedyrer for å løse problemer.

Det er viktig å etablere samarbeid om planlegging av tjenestene. Partene må ta hensyn til konsekvensene av ulike tiltak som kan ha betydning for hverandre.

Det foreligger lite dokumentasjon på hvorvidt avtaler virkelig styrker samhandlingen mellom tjenestenivåene eller hvordan disse bør utformes for å være mest mulig effektive. Det kan derfor være vanskelig å avgjøre om eksempler på god samhandling skyldes personlige faktorer og god samarbeidskultur fremfor selve avtalereguleringen. Likevel har styrene i de fleste regionale helseforetak bestemt at det skal inngås samarbeidsavtaler med alle kommunene i regionen. De regionale helseforetakene er også i styringsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet forpliktet til å inngå avtaler mellom distrikts psykiatriske sentre og kommuner. Det foreligger ingen tilsvarende plikt for kommunene. For å stimulere til inngåelse av slike avtaler og for å sikre likevekten mellom tjenestenivåene kan det være hensiktsmessig å innføre en lovpålagt plikt til å inngå avtaler både for foretakene og kommunene.

Selv om betydningen av selve avtalereguleringen ikke er dokumentert, foreligger det erfaringer som gir grunnlag for å si noe om hvordan en avtale bør inngås og hva en avtale som et minimum bør inneholde. De regionale helseforetakenes strategigruppe for samhandling og desentralisering har utarbeidet en mal for hva en avtale kan inneholde. Nedenfor er denne listen, med noen supplerende punkter, presentert. Listen kan med fordel legges til grunn for videre arbeid med samarbeidsavtaler.

- Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten forutsetter gjensidighet og likeverdighet mellom partene.
- Lik avtale for alle kommunene i opptaksområdet til en institusjon eller et foretak.

### **Boks 8.1 Forpliktende samarbeid mellom Helse Fonna og kommunene**

Samarbeidet startet opp som et treårig prosjekt mellom Haugesund sjukehus, Haugesund kommune og Karmøy kommune for å sikre pasienter og brukere en helhetlig helse-tjeneste uavhengig av om tjenesten ytes fra 1. og 2. linjetjenesten. Samarbeidsprosjektet FHK var avgrenset til den somatisk helsetjenesten, var tverrfaglig og hadde bred forankring politisk, administrativt og i de ulike delene av helseprofesjonene. I dag er prosjektet en integrert del av driften i Helse Fonna og kommunene. Hovedmålsetningen er å iverksette tiltak basert på forpliktende avtaler som i sum vil sikre pasienter og brukere en mer helhetlig helsetjeneste på tvers av forvaltningsnivåene.

Tre forpliktende samarbeidsavtaler er formalisert: 1) Avtale om hospitering, for å etablere faglige nettverk mellom helsepersonellet ved sykehuset og kommunehelsetjenestene, 2) Avtale om inn- og utskrivning, for å sikre felles rutiner ved inn- og utskrivning og 3) Avtale om spesialopplæring, for å sikre pasienter med særlige behov for helsetjenester som krever spesialkompetanse for å sikre helhet i tjenestetilbudet.

Samarbeidsavtalene mellom Helse Fonna og kommunene ble i utgangspunktet prøvet ut som pilotprosjekt ved enkelte enheter ved sykehuset og kommunehelsetjenesten. RF-Rogalandsforskning (se Gundersen, Lie og Opedal 2001) gjennomførte evalueringen av pilotprosjektene. Resultatene viste at forpliktende avtaler synes å være et nyttig verktøy i å sikre pasientene et mer helhetlig helsetjenestetilbud. Videre ble det i evalueringen konkludert med at avtalene, etter gitte kriterier, synes å ha stor overføringsverdi til andre sykehus og kommuner. Avtalene er i dag brukt av andre kommuner i regionen.

På grunnlag av de erfaringene som ble gjort i den somatiske delen av helsetjenesten gjennom FHK-samarbeidet, ble det i 2004 tatt initiativ til at samarbeidsavtalene ble tilpasset og gjort gjeldende innen psykisk helsevern. Det er nedsatt en administrativ styringsgruppe for prosjektet.

- Utarbeidelse av avtalene må skje i en arbeidsgruppe med representanter for begge nivå

- Avtalene bør regulere både samarbeid på et overordnet plan og i det daglige praktiske arbeidet.
- Deler av kommunens ansvar må innarbeides i kommunens avtale med fastlegene.
- Avtalene må angi retningslinjer for håndtering av uenighet.
- Avtalene må omfatte forpliktelser til konsekvensutredninger ved aktuelle større endringer i egen virksomhet
- Avtalene må angi kontaktpunkter (sted for henvendelse) mellom foretak og kommune

Avtalene kan ha svært ulik karakter, fra overordnede rammeavtaler til detaljerte avtaler på individnivå. Det er viktig at rammeavtaler om samarbeid er forankret i ledelsen av kommuner og foretak. Rammeavtaler kan så gi grunnlag for konkrete avtaler om tiltak, gjerne i form av årlige samarbeidsavtaler.

#### 8.1.4 Muligheter og begrensninger ved interkommunalt samarbeid

Kommunene har ikke en rettslig overbygning som kan representere sektoren mot de statlig eide foretakene. Med unntak av enkeltkommuner er de aller fleste kommuner små, med et gjennomsnittlig innbyggertall på ca. 5000. I kontakten med foretakene om samarbeidsløsninger fremstår derfor kommunene som små, og med dårlige forutsetninger til å forhandle frem samhandlingsløsninger som ivaretar kommunenes behov på lik linje som foretakene. På den andre siden er foretakene avhengig av administrative enkle løsninger for samarbeid.

Det er et stadig press for at kommuner skal slutte seg sammen i større enheter. Det er flere grunner til dette. En hovedbegrunnelse er at mange av dagens kommuner hevdes å være for små til å ivareta sine oppgaver på en faglig tilfredsstillende og kostnadseffektiv måte. Det stilles stadig større krav til kompetanse, og en del småkommuner sliter med å bygge opp sterke og stabile fagmiljøer på alle relevante områder.

Det er opp til kommunene selv å bedømme om den beste løsningen i slike tilfeller er samarbeid eller sammenslåing. Resultatet så langt er imidlertid at det er gjennomført få kommunesammenslutninger, mens det er etablert et større antall interkommunale samarbeidsordninger spesielt innenfor en del tekniske tjenester, administrasjon og utviklingsoppgaver. Kommuner kan organisere slike samarbeid som egne organ med hjemmel i kommuneloven § 27 eller i lov om interkommunale

selskap eller som mer uformelt samarbeid. Enkelte kommuner delegerer også utføreroppgaver til andre kommuner.

Utover samlokalisering og felles drift av legevakt er helse- og sosialsektoren relativt lite berørt av slike interkommunale løsninger. Utføring av tunge velferdspolitiske oppgaver har det ikke vært ansett for nødvendig eller hensiktsmessig å samarbeide om. At sektoren i tillegg utgjør en så stor del av de kommunale ressursene og årsverk, og således utgjør en relativt stor sektor selv innenfor små kommuner, kan også være en grunn til at kommunene ikke har sett på disse oppgavene som de mest aktuelle å samarbeide om.

Kommunene kan i dag kun inngå interkommunalt samarbeid om å løse administrative oppgaver og felles utøvelse av tjenestene. Samarbeidsorganene kan ikke kan fatte enkeltvedtak eller ha annen avgjørelsesmyndighet som er knyttet opp til offentlig myndighetsutøvelse. Delegasjon av forvaltningsmyndighet eller offentlig myndighetsutøvelse krever særskilt lovhjemmel, se Sletnes (2004). Verken kommunehelsetjenesteloven, kommuneloven eller sosialtjenesteloven åpner for en slik delegasjonsadgang, med unntak fra miljørettet helsevern jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-3. Avgjørelser som inkluderer utøvelse av offentlig myndighet må derfor fattes av den enkelte kommune.

Bakgrunnen for dette er for det første at det er antatt at regelverket som regulerer slike sammenlutninger er lite hensiktsmessig i forhold til tildeiling av individuelle velferdspolitiske rettigheter. I forarbeidene til lov om interkommunale selskap fremgår det at det ikke er tatt sikte på å tilby organisasjonsformer som er tilpasset offentlig myndighetsutøvelse, jf. Ot.prp.nr 53 (1997-1998). For det andre har kommunen et lovpålagt ansvar for å sørge for og finansiere et forsvarlig tjenestetilbud til de som oppholder seg i kommunen. Med et slikt ansvar følger krav til kontroll og styring som setter begrensninger for hva kommunen kan delegere til andre organer. Kravene retter seg først og fremst til at kommunene har tilstrekkelig kontroll med at tjenestene som gis er forsvarlige og at utgiftene holdes innenfor de gjeldende budsjetterammer.

Det er ikke grunnlag for å hevde at samhandlingen i helsetjenesten er dårligere i små kommuner enn i store. Men jo mindre befolkningsgrunnlaget i en kommune er, dess færre egne spesialiserte kommunale tjenester kan kommunene bygge opp alene. Derfor kan behovet for samhandling med andre øke når kommunene er små. Behovet for veiledning fra andre kommuner eller fra spesialisthelsetjenesten vil dessuten være større når kompetan-

semiljøet er mindre og det går lenge mellom hver gang en type helseproblem oppstår.

Utvalget har ikke funnet noen dokumentasjon på at et interkommunalt organs manglende evne til å binde kommunene står i veien for å organisere hensiktsmessig samarbeid kommuner i mellom. Forbudet mot å delegerer utøvelse av offentlig myndighet til et interkommunalt organ innebærer derimot en skranke mot at kommunen kan etablere større og robuste kommunale organisasjonsenheter som kan opprettholde et stabilt kompetansenivå og være en jevnbyrdig samarbeidspartner til foretakssiden.

### 8.1.5 Integreerte organisasjoner

Hvordan tjenestene organiseres skal i minst mulig grad ha betydning for valg av tjenester for den enkelte pasient. Et sentralt mål for hele helsetjenesten er at tjenestemottakerne blir møtt av et helseteseen som yter koordinerte og helhetligetjenester, uavhengig av hvem som har ansvaret for tjenestene eller hvordan tjenestene for øvrig er organisert.

Når det likevel er et problem å samordne tjenestene i dagens to tjenestenivåer, er det behov for å se på om dagens organisering av tjenestene kan gjøres mer hensiktsmessig. Mangel på felles ansvar for begge tjenestenivåene har fra flere hold vært fremmet som en vesentlig årsak til problemene. Kommuner og foretak har sammen forsøkt å iverksettesamarbeidsløsninger som innebærer en felles organisasjon for helsetjenester, med felles ledelse og eierskap. Forsøkene har hatt til hensikt å overføre avgjørelsen om tildeling av tjenester til personell uten tilhørighet til det enkelte tjenestenivå, og på den måten redusere betydningen av hvem som har det formelle ansvaret, herunder finansieringsansvaret.

Lovverket setter begrensninger i kommunenes og foretakenes adgang til å organisere tjenestene sammen. Det følger av helseforetaksloven (hfl.) § 43 andre ledd at "foretak kan ikke eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak". Det betyr at helseforetak ikke kan danne virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med kommuner. Bestemmelsen er en forlengelse av helseforetaksloven § 7, som forbyr helseforetakene å eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester i annen form enn gjennom et ubegrenset ansvar. Bakgrunnen er bl.a. å forankre "sørge for"-ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til de statlige foretakene. Spesialisthelsetjenesten er definert som en statlig velferdsoppgave og bestemmelsen sikrer en selskapsform hvor staten

gjennom foretakene er fullt ansvarlig for å sørge for og finansiere tjenestene.

Virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjenester (for eksempel kommunehelsetjenester) eller annen kjernevirksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten, kan eies i sameie mellom foretak og annen offentlig virksomhet, jf. hfl. § 43 tredje ledd. Slike virksomheter forutsetter et begrenset ansvar som organisasjonsform. Det innebærer at dersom foretakene vil etablere et selskap med en kommune om å yte kommunehelsetjenester (jf. sykestuer), må ansvarsformen være et begrenset ansvar.

Kommunene kan på sin side eie eller drive tjenesteenheter sammen med andre, herunder helseforetak. Kommunene kan imidlertid ikke uten lov hjemmel overføre adgangen til å fatte enkeltvedtak eller annen myndighetsutøvelse til selskap eller andre organisasjonsmodeller utenfor kommunens egne organer, jf. ellers avsnitt 4.5.

Foretakenes og kommunenes begrensede muligheter til å etablere felles organisasjonsmodeller har flere ulemper. For det første innebærer det en begrensning i muligheten for at kommuner og foretak frivillig etablerer organisasjoner de mener kan gi det beste helhetlige tjenestetilbudet til tjenestemottakerne. For det andre kan de store ulikhetene mellom kommuner, både i størrelse og tjenestebehov, nødvendiggjøre et bredt spekter av organisasjonsløsninger å velge iblant. Lokale behov for tjenester kan være forskjellig, det samme kan tilgangen til spesialisthelsetjenester lokalt. Enkelte kommuner har et omfattende spesialisthelsetjenestetilbud i nærheten, mens andre har lang avstand til spesialisthelsetjenesten. Dette er faktorer som kan begrunne ulike valg av organisering og samarbeid mellom kommuner og foretak.

For tjenestemottakere med behov for tjenester fra begge tjenestenivåene, eller i gråsonen mellom disse, er det av stor betydning at ansvaret er klart plassert. Et organ som tildeler tjenester fra begge tjenestenivåene vil kunne fjerne enkelte av de uønskede effektene av en todelt ansvarsfordeling.

I vurderingen av hvordan kommunene og foretak organiserer seg, er det viktig å fokusere på hvilke effekter valg av organisering får for andre deler av tjenesten. I vurderingen av nye organisasjonsmodeller er det derfor viktig å se på om det samtidig etableres nye gråsoner mellom kommunale tjenester.

Organisasjonsmodellene skal også ivareta behovet for politisk kontroll, økonomisk kontroll og styring av tjenestene. Det er lagt til grunn bl.a. i NOU:2000:22 "Om oppgavefordeling mellom stat

og kommune” at det må være tett sammenheng mellom beslutningskompetanse og finansieringsansvar. Utfordringene med fellesorganisasjoner vil derfor være å lage økonomiske ansvarsmodeller som gir økonomisk trygghet, forutsigbarhet og nødvendig kostnadskontroll både for kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne utfordringen blir mer krevende jo flere kommuner og foretak som samarbeider om tjenestene.

Gjennomgangen viser at det med utgangspunkt i lokale motsetninger og hensyn er behov for fleksibilitet til å etablere samarbeid med ulikt innhold. Etterspørselen etter muligheter til å kunne velge organisasjonsformer der ett organ tildeler tjenester i hele behandlingsskjeden, viser at det er et reelt behov for slike løsninger. Det er imidlertid usikkert om det er praktisk mulig å gjennomføre slike modeller i stor skala, sett i lys av nødvendigheten for det ansvarlige forvaltningsnivået til å holde kontroll med tjenestene og særlig utgiftene ved disse.

Alternativet til å etablere felles organisasjoner med ansvar for tildeling av tjenester i hele behandlingsskjeden, er å overføre ansvar fra det ene nivået til det andre. På den måten er det mulig å samle ansvaret for tjenester som det erfaringsmessig er vanskelig å samhandle om, eller hvor ansvaret tradisjonelt er vanskelig å plassere, på ett forvaltningsnivå. Ved at ett nivå overtar ansvaret, vil spillet mellom forvaltningsorganene kunne fjernes. Samtidig vil en slik modell være langt enklere å gjennomføre rent organisatorisk, fordi den ikke vil forutsette nye organisasjonsmodeller.

Forsøksloven får i dag kun anvendelse på forvaltningsorganer. Det betyr at oppgaver som ligger til statlige foretak faller utenfor lovens anvendelsesområde. Forsøk med nye organisasjonsmodeller som har oppgaver både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan derfor ikke etableres etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Det foreligger ingen begrunnelse for denne begrensningen i å etablere forsøk innenfor helsetjenesten. Tvert imot kan en slik begrensning redusere mulighetene til å foreta nødvendige endringer i oppgavefordelingen mellom stat og kommune.

### 8.1.6 Betydningen av eierskap til tjenestene

Utvalget har reist spørsmålet om private aktører møter samhandlingsutfordringene på en annen måte enn de offentlige tjenesteyterne. Offentlige virksomheter og ansatte er vanligvis underlagt en politisk, og til en viss grad hierarkisk, styring gjen-

nom eierskapet, mens private aktører som yter tjenester for det offentlige i større grad blir styrt gjennom kontrakter. Private har til dels også andre målsettinger for sin virksomhet. Med sykehusreformen er det gjort en endring i hvordan staten organiserer eierskapet. Offentlig eierskap til helsetjenesten er i utgangspunktet basert på at eierskapsstyring gir mulighet for en større kontroll med tjenestene enn kontraktsstyring.

Det er ikke lett å finne entydige svar på spørsmålet om betydningen av eierskap, blant annet fordi de private aktørene er ganske forskjellige. Vi har både ideelle organisasjoner og private kommersielle aktører i norsk helsetjeneste, og disse representerer ulike tradisjoner og har til dels ulike roller i helsetjenesten. Ideelle organisasjoner var virksomme i helse- og omsorgsarbeid lenge før den moderne velferdsstaten vokste frem. De har sett behov for tiltak og gjort en betydelig innsats på en rekke områder ut fra en ideell målsetting om å hjelpe utsatte grupper i befolkningen. De store ideelle organisasjonene kjennetegnes i dag av en blanding av idealisme og forretningsdrift, og offentlige midler utgjør en vesentlig del av det økonomiske grunnlaget for virksomheten.

I utgangspunktet har ikke de private aktørene samme behovet for å samhandle med den offentlige helsetjenesten. De fleste private aktørene, både ideelle og kommersielle, er imidlertid i dag sterkt avhengig av at det offentlige kjøper helsetjenester av dem.

I de senere år har kommunene begynt å konkurransetsette omsorgstjenester, og private, kommersielle selskaper har kommet inn på omsorgsmarkedet. Det har også vært en vekst i antallet private kommersielle aktører i spesialisthelsetjenesten. Private kommersielle aktører innenfor helse- og omsorgssektoren har som hovedmålsetting med sin virksomhet å tjene penger. Et spørsmål er om aktører som yter helsetjenester ut fra hovedmålsettingen om å tjene (mest mulig) penger, fungerer godt i et samspill med andre deler om helsetjenesten. Er det slik at kommersielle aktører i større grad enn ideelle aktører er seg selv nok, og at de ikke inngår i et like tett fellesskap med det offentlige hjelpeapparatet?

Det har vært relativt vanlig at mange kommuner har inngått avtaler med en ideell organisasjon om drift av pleie- og omsorgstjenester. Dette gjelder først og fremst institusjoner for eldre. Disse har inngått i de samme samhandlingsrelasjonene med andre deler av helsetjenesten, og møtt de samme utfordringene som de offentlig eide institusjonene. Det foreligger ingen dokumentasjon som viser hvilken betydning konkurransetsetting av



pleie og omsorgstjenester og private kommersielle aktører har for samhandling.

Kontraktene som kommunene inngår med de private aktørene er et svært viktig redskap for å sikre kvalitativt gode tjenester til brukere, samt påse at tjenestene som utføres fungerer godt i et samspill med andre deler av helse- og sosialtjenesten. En undersøkelse som ble gjennomført på slutten av nitti-tallet viser at kommunene inngår en litt annen type kontrakter med tjenesteleverandører innen pleie og omsorg, sammenlignet med kontrakter om leveranser av tekniske tjenester (Bogen og Nymoen 1998). Innen pleie og omsorg har kommunene valgt en litt "mykere" kontraktsform, der det åpnes for relativt store endringer underveis og hyppige kontakter mellom kommunen og leverandøren.

I en undersøkelse som ble gjennomført i 2001, ble ansatte både i offentlige sykehus, i private sykehus med lokalsykehusfunksjon, og ansatte i kommuner/ bydeler intervjuet om samhandling om pasienter (Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001). Denne studien viser ingen forskjell i samhandlingen om pasienter mellom de offentlige og private sykehusene drevet av ideelle organisasjoner. I begge typene sykehus tok de i mot de samme pasientgruppene, og informantene i sykehusene og i kommunene/bydelene oppga de samme samhandlingsproblemene. Undersøkelsen ble gjennomført før sykehusreformen og situasjonen kan ha endret seg noe etter reformen. Blant annet kan økt konkurranse ha ført til at sykehus som eies av ideelle organisasjoner utsettes for et større økonomisk press. Dette kan påvirke samhandlingen med andre deler av tjenesteapparatet.

Utvalget gjennomførte i 2004 en undersøkelse<sup>1</sup> for å belyse private aktørers erfaringer og vurderinger av samhandling. I denne undersøkelsen ble det blant annet gjennomført et mindre antall kvalitative intervjuer med ledere av sykehus som eies av ideelle organisasjoner. Informantene er for få til at de kan sies å være representative for alle ledere av sykehus eid av ideelle organisasjoner. I intervjuene gir lederne uttrykk for at situasjonen for de private spesialsykehusene har blitt betydelig tøffere etter sykehusreformen. Selv om de er en del av offentlige helseplaner, forteller de at de i stor grad behandles som private kommersielle sykehus. Det økte presset oppfattes imidlertid som ikke å ha noen stor betydning for samhandlingen, i og med at de private ideelle spesialsykehusene ikke har pasienter som det trengs mye samhandling om med andre deler av helsetjenesten. Sykehus eid av

ideelle organisasjoner med lokalsykehusfunksjon sies ikke å ha fått forverret sin situasjon på tilsvarende måte. Sykehusreformen oppfattes heller ikke som å ha ført til noen endringer i samhandlingen med førstelinjen om pasienter fra sykehus med lokalsykehusfunksjon. Andre mekanismer som brukes for å styre sykehus og kommuner oppfattes imidlertid som å påvirke samhandlingen om pasienter. Spesielt framheves at det er en fare for at systemet med innsattsstyrt finansiering over tid påvirker både private og offentlig eide sykehus til å ha mindre fokus på samhandling. I intervjuene påpekes også at det er få av kravene som inngår i avtalene med helseregionene som er rettet direkte mot hvordan sykehus samhandler med førstelinjen.

Spørsmålet om samhandling er i mindre grad relevant for private kommersielle sykehus. De behandler sjelden pasienter som det kreves mye samhandling om med andre deler av tjenesteapparatet. De private sykehusene oppgir å ha gode rutiner for å følge opp pasienten med informasjon både før og etter operasjoner. Dagen etter operasjon ringer alltid sykehuset pasienten. Den som har operert har ansvar for pasienten etterpå, og ved komplikasjoner, som for eksempel infeksjoner, må denne legen fortsette å behandle pasienten. Alle de tre lederne oppfatter epikriser som svært viktig for samhandling og oppgir å ha gode rutiner for å sende disse med pasienten når han eller hun er ferdigbehandlet. En av lederne forteller imidlertid at det kan være svært vanskelig å få tilgang til journaler fra offentlige sykehus om pasienter som de (det private sykehuset) skal behandle.

To av de tre private kommersielle sykehusene tilbyr både allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste til pasientene. De ser det som svært positivt å kunne tilby hele behandlingkjeden under samme tak til pasienten. Det er ikke ventetid innad i disse sykehusene, og en pasient som er til allmennlege kan få tilkalt spesialist dersom det er nødvendig. Ett av sykehusene har også satset på forebyggende medisin, og har bygget opp en bedriftshelsetjeneste. Sykehusene tilbyr konsultasjon, utredning, behandling og operasjon i de tilfeller det er nødvendig.

Når offentlige sykehus utreder pasienter som privatpraktiserende spesialister allerede har utredet, sløses det med ressurser. Dobbeltutredning fører til dobbelt utbetaling for Rikstrygdeverket, og unødig tidsspill både for pasienter, sykehusleger og annet helsepersonell. For å unngå slik dobbeltutredning påpeker leder i Privatpraktiserende legers landsforening (PSL) at det at det må etableres effektive samarbeidsrutiner mellom syke-

<sup>1</sup> Upublisert rapport av Heidi Gautun.

husavdelingene og privatpraktiserende spesialister

### 8.1.7 Bestiller-utfører organisering

Ulike varianter av bestiller/utfører modeller brukes som en del av moderniseringsarbeidet for den offentlige sektor i store deler av Europa. Dels er dette motivert av behov for mer hensiktsmessige arbeidsdelinger mellom offentlig og privat sektor, dels er det et uttrykk for en søken etter tiltak for en mer effektiv og brukerorientert offentlig virksomhet. Siden helsetjenesten ofte utgjør den største delen av offentlig sektor, er mange av reformene også rettet inn mot denne sektoren

Bestiller-utfører modellen representerer i prinsippet en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring. I stedet for å styre gjennom myndighet skal styringen skje gjennom forhandlinger og kontrakter mellom bestiller og utfører.

En slik bestillerfunksjon omfatter gjerne ansvar for behovsvurderinger i forhold til befolkning, å balansere ulike behov mot behandlingsmessige muligheter, vurdere handlingsprogrammer for fremtiden og innarbeide disse hensyn i kontrakter, oppfølgingssystemer etc. Mange peker på at det nettopp her er mulig å innrette et press mot helsetjenesten som kan få den mer fremtidsrettet, mer brukerorientert og med bedre kvalitet og ressursutnyttelse.

Et offentlig utvalg drøftet nylig mer inngående hvordan konkurranse generelt kan brukes som en del av moderniseringsstrategien i Norge (se NOU 2000:19 "Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse?"). Utvalget tilrår at en vurderer bruk av konkurranseeksponering på flere områder uten at de vil peke på noe særskilt område. Utvalget anbefaler også at det arbeides med å videreutvikle den offentlige kompetansen til å styre gjennom kontrakter. De sier at den hierarkiske styringen bør suppleres med en større oppmerksomhet på kontraktstyring basert på bestiller-utfører forhold.

I NOU 2003: 3 "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten" ble det pekt på to viktige forutsetninger for kommunalt bestilleransvar for helsetjenestene: For det første at det krever større enheter enn dagens kommuner. For det andre at bestilleransvaret krever faglig kompetanse som er krevende å bygge opp i mange enheter.

Kompetanse må både omfatte kunnskap om innhold i tjenestene, samt kompetanse på kontraktsspesifikasjon, oppfølging og kontraktsforhandlinger. Det siste setter også store krav til kommunikative evner. En omdanning av tradisjonelt

hierarkiske organisasjoner til bestillerorganisasjoner representerer ofte en utfordring nettopp fordi den nye rollen krever ny kompetanse som ikke er tilstede i de gamle organisasjonene.

Forskningen gir ingen klare svar på hva som kan oppnås gjennom bestiller-utfører modeller i forhold til samhandling. Årsaken er nok delvis at effektene vil avhenge av mange forhold, ikke minst den konkrete utforming av modellen som velges.

Dersom man velger en utforming med høy grad av konkurranseeksponering, vil resultatene kunne bli som ved konkurranseutsetting av tjenester. Det er gjort ulike studier av effektene av bestiller-utfører modeller i kommunal sektor.

I disse studiene pekes det ofte på at det er oppnådd produktivitetstiltaksgevinster og at tjenestene er blitt billigere. Det ser ikke ut til å være dokumentert noen systematiske kvalitetsforbedringer i disse studiene. Det vises heller til at kvalitetsaspektet ofte er viet lite plass i kontraktene. Dette skyldes trolig at kvalitet, særlig i helse og sosialtjenesten er vanskelig å måle.

Den engelske helsereformen i 1992 hadde som utgangspunkt å danne interne markeder med etablering av "purchaser organizations" som forskjellig fra "provider organizations". Dette var å skille hva vi på norsk kaller bestiller-utfører rollen. I den engelske reformen var bruk av markedsmekanismene ansett for viktig. I dag har reformen utviklet seg mot et system hvor samarbeid og integrasjon er langt mer fremtredende enn det var lagt opp til i 1992. Fremdeles er det imidlertid opprettholdt et skille mellom bestillerrollen og utførerrollen.

I Norge er det også gjennomført en rekke organisatoriske tiltak i kommunal sektor etter en bestiller-utfører modell, vi har eksempler fra Oslo, Bærum, Trondheim og Kristiansand. Det er vanlig å organisere bestillerfunksjonen i kommunen i to nivå, den ene gjerne knyttet opp som en funksjon til rådmannen. Dette er det strategiske nivået for bestilling. Det andre bestillingsfunksjonen er gjerne knyttet til individuell behandling av saker og tildeling av konkrete ytelser i form av vedtak. Dette kan organiseres som et felles sted for pasientene å henvende seg; en form for servicekontor.

En bekymring er knyttet til at de administrative kostnadene synes å øke med innføringen av bestiller-utfører modeller. Det å erstatte den hierarkiske styringen med kontrakter fordrer mer informasjon og større grad av spesifisering av ulike forhold. Dette er avgjørende slik at bestiller kan følge opp hvorvidt kontrakten er oppfylt eller ikke. I helse- og sosialsektoren er det ofte både når det gjelder kvantifisering og måling av kvaliteten ved tjenestene store måleproblemer. Det kan derfor lett eta-

blere seg større administrative kostnader ved bestiller-utfører modellen enn ved de tradisjonelle hierarkiske løsningene.

En samordning av bestillerfunksjonen for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan bedre forutsetningene for samhandling i helsetjenesten. En slik funksjon kan utøves av kommunen. I den engelske helsereformen i 1992 startet man med å gi primærlegene budsjettmidler nettopp for å styrke posisjonen disse skulle ha som bestillere. Anekdotisk blir det fortalt at det var på dette tidspunkt spesialistene i sykehus begynte å sende julekort til primærlegene, mens det tidligere var motsatt.

Erfaringen fra andre land er at bestillerorganisasjonene som opererer på tvers av forvaltningsnivåene blir forankret i primærhelsetjenesten. Styrken med en slik plassering i primærhelsetjenesten er nærhet til pasienten og kjennskap til lokale muligheter og behov. Men det er også mulig å tenke seg etableringen av nye "tredjepart" organisasjoner som skal utøve bestillerfunksjon i forhold til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det har tidligere vært referert til at kommune-størrelse kan bli et problem når hensiktsmessige bestillerorganisasjoner skal etableres. På grunn av krav til kompetanse og robusthet i forhold til økonomisk risiko, kan det derfor være en aktuell problemstilling at små kommuner skal gå sammen om å etablere felles bestillerfunksjoner. For at en slik type bestillerorganisasjon skal ha reell innflytelse, er det viktig at den gis fullmakter og disposisjon over budsjettmidler. Det innebærer igjen at de enkelte kommuner må avgi fullmakter til en organisasjon som de bare har begrenset innflytelse over. Kommunikasjonen mellom bestillerorganisasjonen på strategisk nivå og de som skal iverksette/forestå enkeltvedtakene blir igjen svært viktig.

### 8.1.8 Organisering av tilsyn

#### *Aaslandutvalgets tilrådninger*

Aaslandutvalget (NOU 2004:17) ble satt ned med mandat å utrede statlig tilsyn med kommunesektoren. Noe av bakgrunnen var behovet for å veie omfanget av det samlede statlige tilsyn med kommunesektoren opp mot det kommunale selvstyret og den demokratiske kontroll som utøves gjennom dette.<sup>2</sup>

Aaslandutvalget peker i sin utredning på det dilemmaet som fylkesmannen har ved både å

skulle ha ansvar for å holde oppsyn med kommunenes økonomi og samtidig skulle føre tilsyn med at de samme kommuner har en tjenesteproduksjon i samsvar med lover og forskrifter). En utfordring for Aaslandutvalget var derfor samordning av ulike statlige tilsyn. De ulike tilsynenes virksomheter er i dag lite koordinert, og for den enkelte kommune kan belastningen ved samtidige tilsyn og pålegg bli stor.

Helsetilsynet i fylket er ikke faglig underordnet Fylkesmannen. Helsetilsynet fører tilsyn med at de kommunale helsetjenestene er forsvarlige. Helsetilsynet har som hovedfokus pasientene og deres rettigheter og vurderer i utgangspunktet ikke kommunenes økonomi, jf. bl.a. Helsetilsynets hørings svar til Aasland-utvalget datert 14. desember 2004. Helsetilsynets uavhengighet av fylkesmannen er dermed sett på som et problem i forhold til det totale tilsynet med kommunene.

På bakgrunn av dette har Aaslandutvalget bl.a. foreslått at:

- Oppgavene til Helsetilsynet i fylket overføres til fylkesmannen (tilrådning nr.12 i utredningen)
- Statlig tilsyn med fylkeskommunen legges til fylkesmannen Dette betyr også tilsyn med tannhelsetjenesten. (tilrådning nr. 11).
- Det innføres felles bestemmelser i kommuneloven om statlig tilsyn med kommunesektoren (Tilrådning nr. 6). Disse bestemmelsene omfatter ikke tjenester uten avtale med kommunen eller med kommunal finansiering (Tilrådning nr. 7)
- Redusert tilsyn med kommunene (utvalgets flertall, tilrådning nr.5).
- Kommunens økonomi skal tillegges større vekt i vurderingen av sanksjoner, bl.a. ved å lovfeste fylkesmannens samordning av sanksjoner (tilrådning nr. 15 og 16).

#### *Vurdering av forslagene i Aasland-utvalget i et samhandlingsperspektiv*

Det er den direkte styringslinjen mellom Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket som gjør at det i dag er relativt uproblematisk at Helsetilsynet (sentralt og i fylkene gjennom samarbeid) fører tilsyn med helseforetakene. Det er i dag en arbeidsdeling mellom de ulike helsetilsynene i fylkene om hvem som for eksempel skal ha kontakt med de regionale helseforetakene. Fylkesmannen har hovedsakelig sin oppmerksomhet rettet mot kommunen. Helsetilsynet i fylkene har oppmerksomhet rettet mot hele helsetjenesten. Dersom tilsynet med kommunens helsetjeneste overføres til Fylkesmannen, kan dette medføre at tilsynet med hel-

<sup>2</sup> St. meld. nr. 17 (2002-2003) Om statlige tilsyn

setjenesten splittes, slik at det er ulike instanser som fører tilsyn med henholdsvis kommunehelsetjenesten og med foretakene. Det er også viktig å se på sammenhengen mellom tilsyn med helsepersonell og tilsyn med virksomheter fordi det ofte er en sammenheng mellom individfeil og systemsvikt.

Helsetilsynet arbeider i dag med områder hvor det er stor risiko for svikt, og hvor svikt kan få store konsekvenser. Dersom tilsynet splittes, vil det medføre større problemer for tilsynet å se svikt i sammenheng og håndtere oppfølgingen. Det er viktig å kunne avdekke hvorvidt problemet og løsningen ligger i samhandling mellom ulike tjenester og ulike nivåer i tjenestene. Forslaget om at tilsyn med kommunesektoren får egne bestemmelser som er forskjellige fra tilsyn med andre helsetjenester, vil samtidig svekke muligheten til å se og håndtere saker hvor det er samhandlingsproblemer.

Utvalget mener at hensynet til samhandlingsproblemene i helsetjenesten tilsier et samlet tilsyn med helsetjenesten.

### 8.1.9 Pasientombudsordningen

Pasientombud er i dag knyttet til spesialisthelsetjenesten. Mange av henvendelsene til pasientombudene dreier seg om saker knyttet til kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten. Dagens avgrensning kan derfor virke urimelig og uforståelig for pasientene. Et fragmentert og lite koordinert «ombudsapparat» må unngås. En utvidelse av dagens pasientombud vil bety en forenkling i forhold til en utvikling med ulike typer ombudsordninger for ulike brukergrupper. En utvidelse av pasientombudsordningen vil kunne ivareta mange av de behov de ulike forsøksordningene har dekket (Se St.meld nr 40 (2001-2002)). En utvidet pasientombudsordning vil kunne ivareta brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor helse og sosialtjenesten. Pasientombudet kan fungere som megler mellom sosial- og helsetjenesten og pasienten, og kan bistå brukerne i møte med tjenesten bl.a. ved utforming av klager. Ombudet vil også kunne gi informasjon, råd og veiledning om rettigheter og tjenester som hører under ombudets arbeidsområde. En viktig del av ombudenes oppgave vil være erfaringstilbakeføring til tjenesteapparatet for å bedre kvaliteten på tjenestene. En utvidelse av dagens pasientombudsordning til også å gjelde kommunehelsetjenesten og tjenstedelen av sosialtjenesten vil sannsynligvis være det beste virkemidlet for å ivareta de behovene de ulike forsøksordningene har søkt å dekke. En

eventuell utvidelse av pasientombudsordningen krever lovendring.

## 8.2 Økonomiske rammebetingelser for samhandling

Finansieringsordninger pekes ofte på både som problemet og løsningen på helsetjenestens utfordringer. Oppmerksomheten rundt finansieringsordningene må forstås på bakgrunn av at disse påvirker både de planmessige og operative beslutninger og ofte også hva som tilføres av ressurser til ulike aktiviteter. Utvalget har derfor viet mye oppmerksomhet til spørsmålet om hva de økonomiske rammebetingelsene betyr for samhandling.

Finansieringen av de ulike aktivitetene og de ulike virksomhetene i helsesektoren er komplisert (se vedlegg 1). Det ligger utenfor utvalgets mandat å fremme forslag om store endringer i dagens finansieringsmodell. Utvalget vil likevel peke på at det kan skape en uoversiktlig situasjon at enkelte aktiviteter finansieres fra flere kilder, og da særlig hvis hele eller deler av finansieringen går utenom den som har ansvar for tjenesten. De siste årene er det gjennomført flere omlegginger av finansieringsordningene for å unngå denne type "tredjepartsfinansiering". Ansvar for syketransporten ble i 2004 overtatt av de regionale helseforetakene med denne begrunnelse, og det arbeides nå med en tilsvarende omlegging av ansvaret for rehabiliteringsinstitusjonene. Denne omleggingen vil etter utvalgets oppfatning bidra til å sikre en mer helhetlig planlegging av aktiviteten ved de ulike rehabiliteringsinstitusjonene. Samtidig vil det gi mulighet til å se aktiviteten i sammenheng med aktiviteten i spesialisthelsetjenesten for øvrig, og således kunne bidra til at dimensjoneringen og innholdet i tjenesten samsvarer med spesialisthelsetjenestens behov og spesialisthelsetjenestens krav. På tilsvarende måte som at de regionale helseforetakene nå i stor grad har kontroll over finansieringsvirkemidlet for aktiviteter i spesialisthelsetjenesten kan en tenke seg en omlegging i retning av at hele finansieringen av primærhelsetjenesten kanaliseres via kommunene.

### 8.2.1 Er samhandling lønnsomt?

Et sentralt spørsmål er om eksisterende finansieringsordninger understøtter samhandlingsaktivitetene. Med andre ord om samhandling fremstår som lønnsom for de ulike aktørene. Dette avhenger delvis av ståstedet for vurderingen. Fra et sykehus eller en tjenesteyter sitt ståsted vil ikke nødvendigvis samhandling lønne seg selv om sam-

handlingen kan være samfunnsøkonomisk lønnsom

Det som i særlig grad preger samhandlingen i helsetjenesten er at den er sektorovergripende, både innenfor et nivå av helsetjenesten og mellom de to nivåene. Positive gevinster av et samhandlingstiltak vil derfor ikke alltid kunne måles i den virksomheten som organiserer og finansierer aktiviteten. Det vil dessuten sjelden være slik at gevinsten av tiltaket er målbar innenfor et budsjettår.

Samfunnsøkonomisk lønnsomhet skal ideelt sett vurderes på grunnlag av alle "samfunnets" kostnader og den totale nytteverdi altså inkludert forhold som gjelder utenfor de enkelte virksomhetene. Bedriftsøkonomisk lønnsomhet vil derfor være ulik samfunnsøkonomisk lønnsomhet, avhengig av hvorvidt aktivitetene gir opphav til kostnader eller gevinster utenfor den enkelte virksomhet. Fordi helsetjenestene kan påvirke hverandre og fordi konsekvensene av helsetjenestene er sektorovergripende er konflikten mellom bedriftsøkonomisk lønnsomhet og samfunnsøkonomisk lønnsomhet sentral når det gjelder samhandling i helsetjenesten.

Et eksempel er at tidlig utskrivning fra sykehus kan gi dårligere behandlingsresultat og/eller økte kostnader i kommunehelsetjenesten. Det kan også gi et velferdstap for pasienten, pårørende og evt. et produksjonstap. Tidlig utskrivning kan fremstå som "lønnsomt" for sykehuset, men representerer derfor ikke uten videre god samfunnsøkonomi. Det kan med andre ord ligge i sakens natur at det er vanskelig å gjøre samhandling bedriftsøkonomisk lønnsomt. De ulike ledd i helsetjenesten har derfor en utfordring å balansere bedriftsøkonomiske hensyn mot det som er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Det er i dag økonomiske insentiver som innebærer at det som er mest lønnsomt for sykehuset, kan være mest besværlig for pasienten; nemlig gjentatte besøk. Et eksempel er at pasientene i dag ikke betaler mer enn én egenandel hvis de besøker to sykehuspoliklinikker for samme lidelse samme dag. Poliklinikkene kan da fristes til å sette opp undersøkelsene på to ulike dager. I tillegg til økte inntekter betyr dette at man slipper å koordinere timene og unngår diskusjon om hvilken av spesialistavdelingene egenandelen skal tilfalle.

Et annet eksempel gjelder undersøkelser som går under gruppe 3, 4 og 5 i takstsystemet. De ulike takstene er gruppert i fem takster, hovedsaklig etter refusjonsstørrelse og omfang av undersøkelsen. Hvor bare en av disse takstene kan brukes samme dag selv om det gjøres flere undersøkelser. Hvis man får gjort et belastningskardiogram (EKG-registrering på ergometersykkel), Ekko-doppler

(ultralydundersøkelse) og pacemakerkontroll på samme dag, får man bare inntektsført den ene undersøkelsen. Gjøres undersøkelsene derimot på tre ulike dager vil man de andre dagene kunne innkreve både spesialisthonorar (kontrolltakst), ny egenandel av pasienten og egen takst for undersøkelsen. Sykehuset kan med andre ord tjene betydelig mer per pasient ved å gjennomføre hjerteutredningen over tre dager.

I ISF-ordningen er refusjonen knyttet til sykehusoppholdet og pasientens hoveddiagnose, eventuelt til større undersøkelser eller inngrep. Betalingen tar derfor ikke hensyn til alle mulige aktiviteter som skjer innenfor oppholdet, kun de som betyr mest økonomisk. Ordningen innebærer et insentiv til å behandle mange pasienter og er best egnet for prosedyreorienterte behandlinger. Stort sett vil pasienter med store og sammensatte behov være pasienter som trenger behandling i medisinske avdelinger. De indremedisinske pasientene har en høyere gjennomsnittsalder og ligger lenger i sykehuset. Denne aldersgruppen har også en økende tendens til å få flere opphold for samme tilstand. Utvalget mener at flere av disse innleggelsene kunne vært unngått ved bedre intern logistikk i sykehusene og gjennom et tettere og mer forpliktende samarbeid med førstelinjen.

Det er igangsatt en god del utviklingsarbeid som følge av St. meld. nr. 5 (2002-2003). Spesielt er det behov for å se på om DRG-systemet kan forbedres for rehabilitering, rus og psykiatri. I denne sammenhengen er det også nødvendig å se nærmere på omfanget av reinnleggelse og om systemet må gjøre det mindre lønnsomt med oppdeling av behandlingen.

Det er neppe mulig å utforme et finansierings-system som belønner alle typer aktiviteter og handlinger i helsetjenesten og hindrer alle uønskede tilpasninger. Heller ikke et rent "fakturerings-system", hvor alle ytere av helsetjenester får betalt etter regning spesifisert ned til den enkelte detalj, er fritt for mulige vridningseffekter. De land som har hatt slike system har for lengst forlatt disse, først og fremst fordi de ikke gir en tilfredstillende kontroll med utgiftene, jfr USA i slutten av 70-åra.

Utvalgets vurdering er at dagens finansieringsordninger fører til at mange viktige samhandlingsaktiviteter fremstår som lite lønnsomme. I denne situasjonen blir fornuftige tiltak nedprioritert. Verdifulle samhandlingstiltak som f.eks ambulante team, etablering av sykestuesenger etc., etableres i langt mindre omfang enn det som er faglig fornuftig. Videre har utvalget blitt meddelt at både tilbud innen lindrende behand-

ling og tiltak i form av forsterkede sykehjem er truet med nedleggelse. Utvalgets vurdering er at dette i stor grad skyldes at denne typen aktiviteter ikke har tilstrekkelig støtte i de generelle finansieringsordningene.

Et sentralt spørsmål for den videre analyse er om andre finansieringsordninger bedre understøtter samhandling enn dagens?

### 8.2.2 Hvilke forventninger og krav stilles til finansieringsordningene?

Finansieringsordningene skal ivareta en rekke formål. Forventningene er varierte og ofte høye. På bakgrunn av de siste års kostnadsvekst i helsetjenesten vil mange peke på behovet for at finansieringsordningene understøtter god kostnadskontroll. Andre vil med utgangspunkt i dagens uløste oppgaver hevde at det viktigste er stimulering til høy aktivitet. Uansett vil alle være enige i at ordningene skal understøtte de gode faglige beslutningene i helsetjenesten. I forbindelse med utvalgets arbeid har flere aktører fremmet finansieringsordningene som en av de viktigste barrierene for god samhandling i helsetjenesten. Finansieringsordningene må derfor suppleres med andre styringsvirkemidler og en ledelse som tar utgangspunkt i et tydelig verdigrunnlag og klart definerte mål, ansvar og oppgaver.

Dette utgangspunktet er viktig for utvalgets tilnærming til finansieringsordninger som virkemiddel.

De ulike delene av helsetjenesten har ofte svært ulik finansiering. For eksempel vil kommunens pleie- og omsorgstjeneste i hovedsak være rammefinansiert, mens fastlegeordningen og somatiske spesialisthelsetjenester også ha innslag av stykkprisfinansiering.

Finansiering av spesialisthelsetjenesten ble sist utredet i NOU 2003:1 "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten". Utvalget hadde mange tilrådninger hvor hovedkonklusjonene var å forenkle ordningene og innrette dem slik at de understøttet beslutnings- og styringsansvaret i spesialisthelsetjenesten. Gjennom behandlingen av St.meld. nr. 5 (2003-2004) sluttet Stortinget seg til hovedprinsippene i den finansieringsmodell som vi har i dag. Finansieringen av kommunesektoren er i disse dager gjenstand for et tilsvarende utvalgsarbeid, det såkalte Borgeutvalget, som skal levere sin innstilling 1. juli 2005. Som en del av denne utredningen skal også grunnlaget for kommunenes finansiering av helsetjenesten gjennomgås.

For å nærme oss spørsmålet om hvordan samhandling påvirkes av finansieringsordningene,

starter vi med å undersøke hva vi vet om virkningene av disse ordningene generelt.

### 8.2.3 Hvordan påvirkes helsetjenesten av de ulike ordningene

I drøftingen av de ulike ordningene skilles det ofte mellom noen hovedtyper av finansieringsordninger. Her skal vi begrense oss til :

- Rammetilskudd/institusjonsfinansiering
- Per capita finansiering
- Stykkprisordninger/aktivitetsfinansiering

Finansiering gjennom rammetilskudd har vært mest vanlig både i helsetjenesten og i kommunal sektor generelt. Et rammetilskudd kan fastsettes etter ulike kriterier. Det vanligste er å knytte tildelingen opp mot bestemte mål for en virksomhet. Rammefinansiering brukes vanligvis som finansiering av institusjoner hvor det er vanskelig å måle aktiviteten eller kvaliteten. Et rammetilskudd kan også knyttes til aktivitetskrav, og i den grad tilskuddet justeres etter grad av måloppnåelse, nærmer vi oss det vi kaller stykkprisordninger eller aktivitetsbaserte finansieringsordninger.

En variant av rammetilskudd er basert på antall personer (eller per capita). En slik finansieringsform brukes for enheter som har et befolkningsansvar og skal sørge for tjenestene. Finansieringen av kommunene har elementer av en per capita finansiering. Det samme gjelder rammetilskuddet til de regionale helseforetakene. Per capita finansiering påvirkes ikke av aktivitetsnivå eller hvordan tjenestene utføres.

Fordelen med aktivitetsuavhengige rammetilskudd og per capita ordninger er at de i liten grad påvirker tilpasningen mellom ulike type aktiviteter. Denne utformingen av finansieringsordningene vil dessuten belønne forebyggende aktiviteter som på sikt reduserer behov for helsetjenester. Ulempen med en slik finansiering er at den gir lite insentiv til høy aktivitet. Tjenesteprodusentene som blir finansiert per capita kan derfor over tid bli lite effektive.

En stykkprisordning utbetales etter på forhånd fastsatte regler for aktivitet. Disse kan være detaljert spesifisert som takstsystemet for fastlegene, eller være basert på hele behandlingsepisoder som f.eks ISF-ordningen er. Fordelen med denne type ordning (ISF) er at den stimulerer til aktivitet og gir insentiv til innsparinger som ikke går ut over aktiviteten. Ulempene er at denne type finansiering kan vri oppmerksomheten mot mindre prioriterte, men lønnsomme aktiviteter. Ordningene vil vanligvis innebære større administrative kostnader.

Det finnes en del dokumentasjon på hvordan ulike finansieringsordninger virker, men entydige råd fra forskningen er vanskelige å få. Dette har blant annet bakgrunn i at årsak-virkningsforholdet ofte er usikkert fordi finansieringsordninger virker i komplekse organisasjoner med veldig sammensatte aktiviteter. Mange faktorer spiller inn sammen med finansieringsordningene. Ikke minst vil de historiske og kulturelle faktorene påvirke hvordan en finansieringsordning virker i et land. Partielle analyser vil i en slik kontekst ha liten verdi.

Det er derfor ikke mulig å gi presise svar på hvordan ordningene virker uten å ta mange forhold, men generelt kan man legge til grunn at insentivvirkningene er avhengig av hva det betales for; opphold, prosedyre, liggedøgn, og hvor mye som betales for dette.

Den generelle drøftingen av rammefinansiering versus stykkpris kan oppsummeres med noen hovedkonklusjoner som er relativt robuste:

- Rammefinansieringsordninger er prioriteringsnøytrale, men kan gi lite effektiv tjenesteproduksjon. Dette kan modifiseres med klare krav til aktivitet, for eksempel gjennom kontrakter
- Stykkprisordninger stimulerer til høyere aktivitet, men har større risiko for uønskede vridninger i aktiviteten. Effektene avhenger av hvor stor stykkprisandelen er og hvor omfattende dekning ordningen har mht. ulike aktiviteter

Vi ser en økende tendens i Europa til bruk av blandingsmodeller, dvs rammekontrakter med en finansieringskomponent avhengig av aktivitet. Denne utformingen bidrar til å spre den økonomiske risikoen i en situasjon hvor refusjonene som er fastsatt ikke nødvendigvis avspeiler kostnadene i behandlingen. Samtidig kan det sees på som et ønske om å kombinere de gode egenskapene i begge typer modeller.

#### 8.2.4 Finansiering som lokalt virkemiddel

Hvordan finansieringen av de enkelte tjenesteyterne påvirker tjenestene er ikke bare avhengig av innretningen av de nasjonale ordningene. De regionale helseforetakene og den enkelte kommune bestemmer i stor grad selv hvordan de enkelte institusjoner skal få sine midler. Avhengig av ståsted kan derfor finansieringsordningene fortone seg som svært ulike, og det vil variere hvem som kontrollerer virkemiddelet finansiering.

Pengestrømmene går ofte gjennom flere nivå før de når tjenesteyter. Det er hele tiden avsender

av pengene som bestemmer hvordan disse skal kanaliseres og hvordan finansieringsordningene skal se ut. Dette prinsipp ligger klart til grunn for kommunene som i stor grad selv bestemmer innretningen av finansieringsordningene for sine institusjoner. Dessuten ble det fastslått gjennom behandlingen av St.meld.nr. 5 (2002-2003) at de regionale helseforetakene (RHF) bestemmer finansieringsordningene for sine helseforetak (HF).

Dette betyr at de viktigste finansieringsordningene for samhandling også i stor grad kan påvirkes av kommunene og helseforetakene. Imidlertid ser det ut til at ISF-ordningen som formidler penger mellom stat og regionale helseforetak også har stor gjennomslagskraft videre ned mot det enkelte helseforetak og sykehus. I enkelte tilfeller brukes den nasjonale ordningen helt ned i den enkelte sykehusavdeling. Det er liten tvil om at ISF ordningen er for grovkornet til å kunne brukes på dette nivå. Dessuten kan det stilles spørsmål ved om de økonomiske insentivene blir for sterke når avdelingenes budsjett direkte påvirkes av hvilke valg av pasienter og aktiviteter som gjøres.

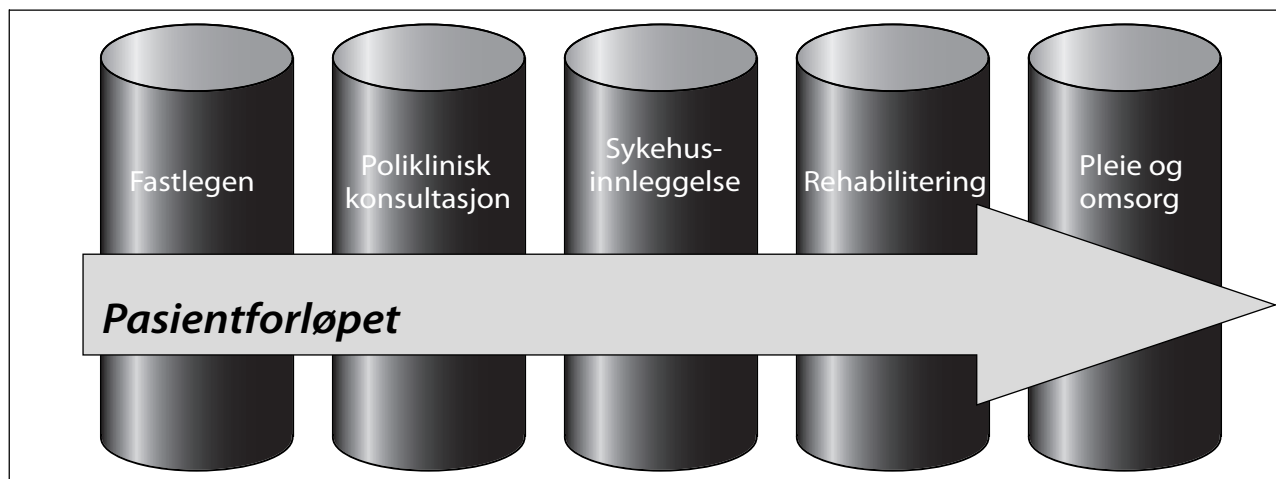
Et viktig spørsmål blir derfor om kommunene og helseforetakene kan ta større egenregi på ordningene og bruke finansiering som virkemiddel lokalt, blant annet for å fremme ønsket samhandling? Med en lokal kjennskap og nærhet til utfordringene, kan det være enklere å få god måloppnåelse. Nærhet til virksomheten er en forutsetning for å avsløre eventuelle suboptimale tilpasninger til de nasjonale ordningene.

Det finnes nasjonalt fastsatte finansieringsordninger som mer eller mindre eksakt regulerer inntektene til aktørene. Eksempler her er vederlagforskriften som regulerer brukerbetalingen i pleie og omsorgstjenesten, og forskrift om egenandeler som regulerer legetjenesten. Når det gjelder refusjoner til fastlegene og spesialister, er staten forhandlingsmotpart og kan legge føringer på finansieringsordningene nasjonalt.

Det finnes også en rekke øremerkede tilskuddsordninger rettet mot kommunesektoren som kan påvirke samhandlingen. De viktigste ordningene i denne sammenhengen er investerings- og driftstilskudd til psykisk helsearbeid og eldreomsorgen.

#### 8.2.5 Finansiering av helhetlige pasientforløp

I dagens aktivitetsbaserte ordninger har man definert grunnlaget for betalingen som behandlingsepisode, eller som betaling per konsultasjon. Dette



Figur 8.1 Finansiering av pasientforløp?

gir isolert sett incentiv til mange konsultasjoner og mange behandlingsepisoder (innleggelse). Det er nærliggende å spørre om det er mulig å lage et finansieringssystem som understøtter det helhetlige pasientforløp. Det sentrale vil da være at insentivene understøtter gode faglige aktiviteter og ikke belønner flest mulige kontakter med helsetjenesten.

Finansieringsordningene for de tjenestene som inngår i samhandlingsområdet er varierte og mange. I figur 8.1 illustreres forenklet hvordan ulike tjenester kan være involvert i et pasientforløp. Slike pasientforløp kan imidlertid være svært kompliserte og bestå av en lang kjede av treff mellom ulike institusjoner og dermed ulike finansieringsordninger. Noen av disse er rene stykkprisordninger, andre rene rammebevilgninger. Spørsmålet er om det er tenkelig med en finansieringsordning som understøtter et helhetlig pasientforløp?

I dag er finansieringsordningene innrettet mot å understøtte søylene i figur 8.1. Men fra pasientens ståsted kan det nettopp være behov for ansvar og understøttelse av helhet i behandlingsforløpet (horisontalt).

Finansieringsordningene er også lagt opp med tanke på å understøtte den ansvarsstruktur som er lagt for helsetjenesten. Dette skjer ved at finansieringsordningene rettes inn mot dem som er ansvarlige for videre beslutninger om ressursbruk, og som skal være ansvarlige for resultatene i de enkelte virksomhetene. Et system hvor pengene følger pasienten kunne tenkes å være mer understøttende for samhandling mellom de ulike aktørene.

Finansiering av helhetlige pasientforløp fremstår for utvalget som en god intensjon, men det

mangler dokumentasjon på at ordninger som finansierer det enkelte pasientforløp finnes og fungerer. Dette bunner også delvis i de avgrensingsproblemene man får i å definere begynnelsen og slutten på selve forløpet og dermed hvilken enhet som skal utløse betalingen. De metodiske problemene med en slik tilnærming er trolig også hovedforklaringen på at det ikke finnes gode eksempler fra andre land på at slike ordninger er i bruk.

En per capita finansiering vil generelt gi en bedre understøttelse av helhetlige pasientforløp enn de stykkprisordninger vi har i dag. Det samme vil et rammefinansieringssystem. Som tidligere nevnt vil imidlertid disse systemene ha andre svakheter som må tas med i totalvurderingen.

Det er ikke uvanlig med særskilt finansiering av utvalgte områder innen helsetjenesten. Både kreftplanen og opptrappingsplanen for psykisk helse er gode eksempler på det. Men disse ordningene er gjerne brukt for finansiering av hele fagområder og ikke som i stykkprisordningene til aktiviteter eller pasienter. Slike øremerkede tilskudd har imidlertid lyktes i å rette oppmerksomheten mot viktige pasientgrupper. Både når det gjelder kapasitet for kreftbehandling og for psykisk helsevern er det oppnådd resultater. De øremerkede tilskuddene av denne typen har imidlertid en svakhet ved at de ikke stimulerer til egenfinansiering fra dem som har ansvaret for tjenestene. Dette kan imidlertid delvis motvirkes gjennom klare krav til resultater og klare kriterier for tildeling, for eksempel krav til delfinansiering.

Med utgangspunkt i at ideelle finansieringsordninger ikke finnes, er det i andre land valgt *organisatoriske* løsninger for å understøtte helhetlige pasientforløp. En samling både av oppgaveansvar



og finansieringsansvar for den samlede helsetjenesten i en og samme organisasjon er en slik løsning. De nærliggende referanser for slike ordninger er det amerikanske systemet med Health Maintenance Organizations (HMO)<sup>3</sup>, og det engelske nasjonale helsesystemet National Health Service (NHS)<sup>4</sup>. Slike helhetlige organisasjoner vil imidlertid også få grenseflater opp mot andre tjenester fordi det alltid vil være en grense for hvor langt ansvaret skal gå. Uansett organisering vil en derfor måtte håndtere avgrensninger og samarbeidsbehov mellom aktørene.

### 8.2.6 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Den danske regjering fremmet juni 2004 forslag om at kommunene skulle få et medfinansieringsansvar for sykehusinnleggelse. I Norge har vi også elementer av kommunal medfinansiering. Inntil nylig hadde vi f.eks kommunal medfinansiering av rusomsorgen, noe som ble endret gjennom rusreformen. I tillegg har vi en betalingsordning for ferdigbehandlede pasienter i sykehus når kommunene ikke har anledning eller kapasitet til å ta imot disse.

Hensikten med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester er å gi kommunene insentiv til å ta tilbake pasienter på et hensiktsmessig tidspunkt samt å belønne forebyggende arbeid. Kommuner som driver effektiv forebygging og pleieinnsats vil med denne type finansiering kunne få lavere utgifter på lengre sikt. En viktig side ved en slik ordning er å påvirke helseregionene/helseforetakene til samarbeid med kommunene om å skrive pasientene raskt ut og sikre en riktig oppfølging av pasientene etter utskriving.

To viktige spørsmål som må vurderes i en slik ordning er for det første hvilke pasienter som skal være gjenstand for ordningen, og for det andre hvor stor betalingen skal være. En høy kommunal medfinansiering kan på den ene siden gi kommunene insentiver til å opprette eller utvikle alternative tilbud til spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan dette føre til dårligere kostnadsstyring fordi helseregionene får kommunene til å betale en andel av driftsutgiftene sine. En høy kommunal betaling

kan dermed føre til utilsiktede kapasitetsøkninger i helseregionene.

Dersom kommunen delfinansierer sykehusbehandlingen bare innenfor utvalgte områder, kan det oppstå vridningseffekter i retning av disse behandlingsområdene. Dette kan være en ønsket vridning, men det kan også oppstå muligheter for spill der hvor finansieringsordningene avviker for ulike pasientgrupper innen samme institusjon. Det samme gjelder hvis det bare er innleggelse og ikke dagtilbud og polikliniske tilbud som skal finansieres.

Den danske medfinansieringsmodellen for sykehusinnleggelse går ut på å innføre en obligatorisk "pleietakst" for utskrivingsklare pasienter. Pleietaksten har vært en frivillig ordning for de danske amtene, men undersøkelser har vist at de som har innført denne ordningen har i gjennomsnitt færre liggedøgn i sykehus per pasient.

Det er en noen gode egenskaper ved en kommunal medfinansieringsordning, samtidig som det også er noen problemer. Gjennom rusreformen ble kommunal egenbetaling for rus avskaffet ved at foretakene fikk overført hele finansieringsansvaret for rusbehandling. I seg selv kan dette medvirke til at det blir et større gap mellom hva kommunene ønsker å bestille (gjennom henvisninger) og det som er økonomisk prioritert i helseforetakene.

Det er et grunnleggende problem med kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelse at beslutninger og betalingsansvar oftest ligger på ulike instanser. Beslutninger om innleggelse og utskriving<sup>5</sup> er på mange måter utenfor kommunens kontroll. En medfinansieringsordning vil slik sett kunne innebære at kommunene finansierer virksomheten uten reell mulighet til å påvirke utgiftene. Et annet tungtveiende hensyn er kommunestørrelse i Norge. Isolert sett legger en slik betalingsordning en større økonomisk risiko på kommunene, noe som kan være vanskelig å håndtere når kommunene er så små<sup>6</sup>. Kommuner som er presset økonomisk kan være ute av stand til å utvikle alternative tjenester og forebyggende tiltak. Videre kan små kommuner i større grad enn større være utsatt for plutselige utgiftssvingninger. Det kan derfor være vanskelig å iverksette kommunal medfinansiering uten omfattende sammenstillinger av kommuner eller økt bruk av interkommunale avtaler.

<sup>3</sup> Spesielt kjent er Kaiser Permanente som på vestkysten av USA både eier sykehus og 1.linjetjenester, og har samtidig "sørge for ansvaret" som helhetlig forsikringsordning for pasienter, jfr boks 5.2.

<sup>4</sup> I det engelske systemet er det en og samme instans som kjøper eller forhandler tjenester for begge behandlingsnivå, mens tjenesteyterne kan være organisert på ulike måter i ulike organisasjoner.

<sup>5</sup> Kommunene har imidlertid henvisningsrett til rusbehandling gjennom sosialtjenesten

<sup>6</sup> Den danske medfinansieringsordningen for kommuner ble lansert samtidig med omfattende kommunesammenslåinger. Målet er at hver ny dansk kommune skal ha minimum 20 000 innbyggere.

### 8.2.7 Egne øremerkede tilskudd til samhandling

Det er ovenfor utvalget etterlyst finansieringsordninger som mer direkte stimulerer til samhandlingsaktiviteter. Det pekes ofte på at de tiltakene som ligger i overgangen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er vanskelige å etablere og opprettholde når ressursene er knappe.

I noen tilfeller vil tiltak i regi av den ene parten ha en åpenbar positiv effekt for den andre, f.eks. etablering av kommunale observasjonssenger som reduserer antall sykehusinnleggelses. Slike tiltak vil ofte ha en vesentlig betydning for tjenestens innhold og være viktig for pasientene. Tiltakene kan innebære en stor kvalitetsmessig gevinst for pasientene selv om den økonomisk målbare gevinsten for foretak og kommune ikke nødvendigvis er så stor.

Der hvor både gevinster og kostnader er lett synlige for partene kan forholdene ligge til rette for en avtale som også regulerer økonomiske forhold. I andre tilfeller vil effektene av tiltaket være mindre synlige og nytten vanskeligere å dokumentere. Slike tiltak vil lett bli offer for en budsjettsaldering, selv om tiltaket er faglig fornuftig. Det kan da være vanskelig å etablere og opprettholde slike samhandlingstiltak.

Så lenge ikke begge partene ser felles interesser i etableringen av samarbeidstiltak, er det grunnleggende vanskelig å få til en finansieringsavtale. Det kan imidlertid også være mangel på kunnskap om de positive effektene, herunder om hva tiltaket betyr for pasientene. I slike situasjoner kan nasjonale ordninger være viktige for å understøtte tiltak som gir nye erfaringer om effekter av samhandlingstiltak. Utvalgets vurdering er at dette er en av grunnene til å foreslå et eget øremerket tilskudd rettet mot samhandling i helsetjenesten.

Særskilt statlig finansiering av samhandlingstiltak innebærer en viss risiko for at aktivitetene blir dobbelfinansiert. Argumentet er blant annet at partene allerede har fått betalt for å utføre disse aktivitetene, enten gjennom rammebevilgning eller via andre finansieringsordninger. Selv om dette kan anføres som et prinsipielt riktig argument, mener utvalget at det bør etableres flere økonomiske stimuleringsordninger rettet mot samhandlingstiltak i helsetjenesten.

En statlig stimuleringsordning vil virke positivt på etablering av nye samhandlingsarenaer. Øremerkede statlige tilskudd vil samtidig bidra til å få økt oppmerksomhet og økt satsing på samhandlingsområdet i kommunene og foretakene.

Utvalgets vurdering er at finansiering av samarbeidstiltak må være gjenstand for drøfting i forbindelse med at det inngås avtaler mellom kommuner og foretak. I mange tilfeller vil det være et åpenbart interessefelleskap i å etablere slike. Avtalene som inngås mellom foretakene og kommunene må også inneholde konkrete tiltak i form av samarbeidsaktiviteter. Ved å knytte et øremerket tilskudd til avtalene kan en dermed få en "avtalebasert" finansiering som kan sikre måloppnåelse innenfor de samhandlingsaktivitetene som planlegges.

Det er i de siste årene gitt statlige øremerkede midler til å styrke lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunal regi. "Verdimeleding" (St. meld. nr. 26 (1999-2000)) vektlegger kommunenes ansvar for pasienter med behov for lindrende behandling, men at tilbudet må tilrettelegges og krever en kompetanse mange av dagens sykehjem ikke har. Det synes vanskelig å etablere faglige gode tilbud i kommunal regi uten medvirkning fra spesialisthelsetjenesten. Det er også stor variasjon i hvilken grad pasientene får den nødvendige pleien hjemme. Kommunene vegrer seg for å etablere forsterkede sykehjemsavdelinger for pasienter som skrives ut fra sykehus uten å være ferdigbehandlete. Flere av de gjennomførte prosjektene viser at tilbudet har en høyere kostnad enn ordinære sykehjems plasser, og krever et aktivt faglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Utvalget er kjent med at flere andre tilbud som er i drift står i fare for å bli redusert fordi de oppfattes som for dyre i forhold til andre kommunale bo- og rehabiliteringstilbud. Dette vil ramme pasientene i form av et mindre tilpasset tilbud, som ofte vil innebære lengre sykehusopphold. I flere av de kommunene som har fått øremerket støtte til hospice-senger opplever sykehjemmet at det er vanskelig å skjerme disse fra den ordinære virksomheten. Pasientene konkurrerer i realiteten med andre sykehjemspasienter, og står en seng ledig i noen dager, vil det være et krav fra kommunen om å bruke den til en ordinær sykehjems plass. Det samme vil også gjelde rehabiliteringssenger i sykehjem. Utvalget er også kjent med at en av kommunene som mottok øremerkede tilskudd i 2004 til senger for lindrende behandling, allerede har lagt ned en dagpost samme sted og diskuterer å avvike hele tilbudet fordi det er for kostbart.

Både kommuner og foretak trenger en stimuleringsordning for å etablere fornuftige tiltak på samhandlingsområdet. Det er gode erfaringer med at øremerkede tilskudd kan brukes for å rette oppmerksomheten mot et område og få gjennomslag

for overordnede prioriteringer. Slike tilskudd har enten form som finansiering av drift i en oppstarts-fase eller til å finansiere nødvendige investeringer for å få aktiviteten igang. Utvalgets vurdering er at et øremerket tilskudd vil kunne gi oppmerksomhet til samhandlingaktivitetene i foretak og kommuner. Slike tilskudd kan enten kanaliseres gjennom de regionale helseforetak, kommunene eller Sosial- og helsedirektoratet.

### 8.2.8 Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Betalingsplikten for kommunene er fastsatt i egen forskrift. Den omfatter bare pasienter i somatiske sykehus. Dersom det foreligger avtale mellom sykehus/ helseforetak og kommunen om overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten, vil avtalen gjelde istedenfor forskriften.

Formålet med bestemmelsen om betalingsplikt er å medvirke til bedre ressursutnyttelse i helse-sektoren ved å stimulere til reduksjon av antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i sykehus. Døgnprisen fastsettes iht. forskriften av Sosialdepartementet og er per i dag kroner 1600. Utvalget antar at Helse- og omsorgsdepartementet vil fastsette prisen i fremtiden.

Utvalget har foretatt en undersøkelse<sup>7</sup> om bruken av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Utvalgets undersøkelse viser at helseforetakene i sum får inntekter på omlag 30-40 millioner kroner årlig gjennom ordningen (se vedlegg for en detaljert oversikt). Videre viser det seg at helseforetakene i svært ulik grad krever betaling for utskrivningsklare pasienter. Utvalget har ikke grunnlag for å hevde at samarbeidet går bedre eller dårligere avhengig av hvordan forskriften brukes.

Berntutvalget omtaler forskriften (NOU: 2004:18), og viser til Trondheim kommune. Trondheim kommune betalte i 2003 ca 12 millioner kroner for utskrivningsklare pasienter. Kostnadene for kommunen er betydelig høyere ved å ha utskrivningsklare pasienter på sykehus fremfor i egne sykehjem. Kommunen betaler en døgnpris på kroner 1600 per seng hvis pasientene blir liggende 10 dager på sykehuset etter at de er definert som utskrivningsklare, mens akutsenger ved sykehjem for ekstraordinært uttak av pasienter er kostnadsberegnet til kroner 1000 per seng (NOU 2004: 18).

Forskriften om betalingsplikt er uttrykk for manglende likeverdighet i forholdet mellom kom-

muner og foretak. Kommunen har ikke i lovs form samme mulighet til påføre de regionale helseforetakene en kostnad. Etter forskriften definerer sykehuset nå ensidig om pasienten er utskrivningsklar, og dermed når betalingsplikten inntre, jf. § 4. Etter Bernt-utvalgets oppfatning bør betalingsplikten være noe som helseforetaket og kommunen avgjør i felleskap.

### 8.2.9 Finansiering av legemidler

I spesialisthelsetjenesten betales legemidler fullt og helt av helseforetakene. Dette representerer en utgift på ca 1,2 milliarder kr pr år. Totalt står helseforetakene for ca 12 prosent av legemiddelbruken i Norge. Kommunene dekker alle kostnader til legemidler for pasienter i sykehjem/institusjon, i alt ca 400 millioner kroner årlig. Legemiddelutgifter i Norge var til sammen på ca 14,7 milliarder kroner i 2003. Totalt dekker staten ca 2/3 av alle legemiddelutgiftene i Norge.

For pasienter utenfor institusjon dekkes det meste av legemiddelforbruket av trygden hvis legemidlet gir rett til refusjon (blåreseptordningen). Forskriften om dekning av utgifter har en generell bestemmelse, § 9, som sier at de legemidlene som står på en gitt preparatliste blir refundert av trygden, og en individuell bestemmelse, § 10a, som gir pasienten refusjon fra trygden etter individuell søknad. Utgifter til legemidler dekkes av trygden også i heldøgns pleie- og omsorgsboliger. Dette har ført til at noen kommuner har spart legemiddelutgifter ved å omdefinere sykehjemsplasser til heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Utenfor institusjon må imidlertid pasientene betale egenandel innenfor ordningen med frikort. Legemidler finansieres altså ulikt avhengig av om pasienten er på institusjon eller ikke.

En problemstilling er at det ved pasientoverføring fra sykehus til sykehjem kan oppstå problemer knyttet til at sykehjemmet ikke har pasientens legemiddel, og pasienten blir liggende i sykehus i påvente av at kommunen anskaffer det. Når det søkes om refusjon på individuelt grunnlag kan det ta tid slik at sykehuset velger å dekke utgiftene ved legemiddelforbruket for en periode etter utskrivning.

En annen problemstilling er at kommunene kan overføre legemiddelutgifter til trygden gjennom en omlegging av sykehjemstilbud til pleie- og omsorgsboliger eller ved å overføre en sykehjemspasient til en omsorgsbolig. På sykehjem vil legemiddelkostnadene for enkelte pasientgrupper være svært høye. Dette gjelder blant annet kreftpasienter som har behov for kostbar cellegiftbehand-

<sup>7</sup> Se vedlegg.

ling. For disse pasientene vil legemiddelkostnadene kunne føre til at en hensiktsmessig utskrivning fra sykehuset til sykehjem ikke skjer. Ulike modeller for legemiddelfinansiering ble drøftet i Høringsnotatet 23. mars 2004 "Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester".

Et samlet budsjettansvar for legemidler innenfor institusjon har en rekke gode sider, først og fremst stimulerer det disse til å ha en bevisst legemiddelbruk. Utvalget har vurdert om legemidler også bør finansieres over trygden i institusjon. En slik ordning derimot vil ta bort insentiver til innsparring av legemidler i institusjon.

Et alternativ til trygdefinansiering er å gi helseforetakene ansvaret for delfinansiering av legemidler til sykehjemspasienter. Dersom helseforetakene dekket alle legemidlene i institusjonene (sykehjem), kunne dette gi helseforetakene incentiver til å dempe de kommunale institusjonenes legemiddelutgifter. Dersom foretakene overtar finansieringsansvaret, kan det stimulere til bedre samhandling mellom nivåene om forskrivning. På den annen side vil denne ordningen kunne føre til at kommunene får svake incentiver til kostnadskontroll med legemidler i institusjonene. Det vises til utvalgets forslag i punkt 10.4.5.

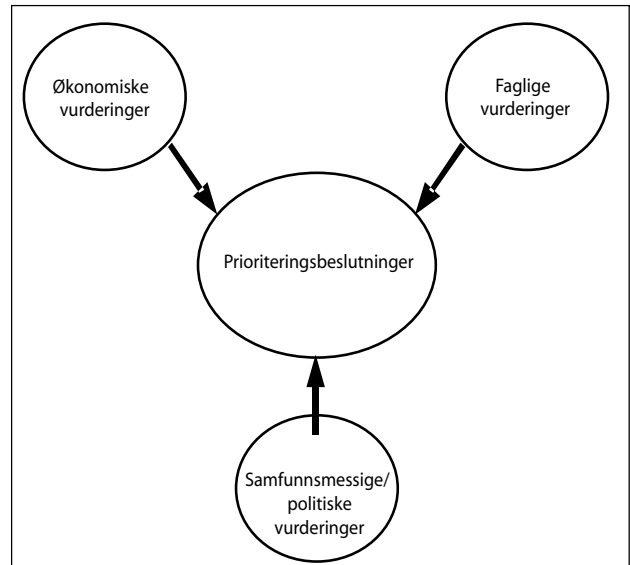
### 8.2.10 Nærmere om finansiering av legevakt-samarbeid

To finansieringsordninger brukes ved organisering av legevakt:

- Tradisjonell finansiering der legen får refusjonsinntektene fra trygden
- Finansiering etter sentral avtale (SFS 2305, punkt 8)

I de tilfeller hvor det ikke er inngått interkommunalt legevaktsamarbeid med legevaktsentral, er det den enkelte kommune som selv har ansvaret for å organisere legevaktjeneste, og som dekker driften av eventuelt legevaktkontor (lokaler, utstyr, hjelpepersonell mv). I tillegg utbetales beredskapsgodtgjørelse til de deltakende legene etter satser basert på antall minutter aktivt arbeid i gjennomsnitt per klokke time vakt. Kommunen og legene forhandler om vaktklasse på grunnlag av registrert aktivitet i en representativ periode.

Beredskapsgodtgjørelsen utbetales som lønn, og varierer med aktivitet. Liten aktivitet på vakt, og dermed beskjedne takstinntekter, gir høyest time-sats. Legens inntekt er dermed beredskapsgodtgjørelsen fra kommunen, takstinntekter basert på normaltariff og egenandeler fra pasienten.



Figur 8.2 Ulike hensyn ved prioriteringsbeslutninger

For interkommunal legevakt med legevaktsentral får legen en timelønn om natten som varierer med befolkningsgrunnlaget og om legen er spesialist. I den interkommunale ordningen vil trygderefusjonen og pasientbetaling bli kommunens inntekt. Den interkommunale tariffen skal derfor gi legen trygghet for inntekt uavhengig av antall nattlige pasienter.

I tillegg til finansiering av beredskapsgodtgjørelse til legevaktlege har kommunene driftsutgifter til legevaktsentral, inklusive lønn til hjelpepersonell, samt godtgjørelse til et antall bakvakter.

Disse finansieringsordningene gjør at det vil variere hvorvidt den enkelte kommune ser seg tjent med å inngå i et interkommunalt legevakt-samarbeid. Etter utvalgets oppfatning er det derfor nødvendig å foreta justeringer slik at det er de medisinske faglige løsningene som avgjør om det skal etableres interkommunalt legevaktsamarbeid eller ikke. Det vises her til forslag til tiltak i punkt 10.4.5.

### 8.2.11 Om balansen mellom økonomi og andre hensyn

Det er etter utvalgets vurdering viktig å finne en god balanse mellom hensyn til økonomi og andre forhold. Den offentlig finansierte helsetjenesten er underlagt et system med politisk styring og må derfor innrettes i samsvar med de prioriteringer som gjøres i det politiske system. Viktig her er prioriteringsforskrift, styringsdokumenter med nedfellede prioriteringer, handlingsplaner etc. I tillegg påvirkes prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten

av helsefaglige forhold: direkte gjennom de faglige skjønn og vurderinger i behandlingssituasjonen som gjøres av den enkelte, men også indirekte ved at den faglige kompetansen definerer hva som er mulig. Hensynene i beslutningssituasjonen kan forenklet illustreres som i figur 8.2

Balansen påvirkes av hvor sterke økonomiske virkemidler som brukes, hvor sterk politisk styring som utøves og hvor sterke de faglige interessene er. Alle disse forhold er hver for seg riktig å ta hensyn til og det vil uansett finansieringssystem være nødvendig å finne en balanse mellom alle disse.

Utvalget registrerer en rekke tilbakemeldinger som tyder på at helsetjenesten legger for mye vekt på de økonomiske vurderingene i beslutningssituasjonen. Det er vanskelig å dokumentere denne typen dreining. Men utvalget har hørt mange anekdotiske historier om pasienter som sendes frem og tilbake for å gjøre enkle undersøkelser eller inngrep, der det viser seg at det ikke er faglige eller

organisatoriske problemer, men rene bedriftsinterne lønnsomhetsvurderinger som ligger til grunn for pasientenes forflytting i systemet.

I kapittel 5 ble det vist til en økning i sykehusforbruk, både som planlagte og øyeblikkelig hjelp tilfeller. Det ble videre vist til en større økning i reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp for eldre pasienter. En for tidlig utskrivning, eventuelt oppstyking av behandling, har klare negative konsekvenser for kvaliteten i tilbudet og gir dårlige helsemessige resultater. Mye tyder på at de som i særlig grad rammes av en slik tilpasning er de som har behov for mange undersøkelser, koordinerte tjenester og tjenester fra flere nivå.

Utvalgets vurdering er at dette er indikasjoner på at dagens finansieringsordninger har negative konsekvenser som både må følges opp av ansvarlige ledelsesledd i virksomhetene og av sentrale helsemyndigheter.



*Del IV*  
*Utvalgets tilrådninger*





## Kapittel 9

# Mål og verdigrunnlag

Problembeskrivelsen og analysen leder ikke automatisk til utvalgets tilrådninger om tiltak. Det finnes sjelden ett enkelt svar på så vidt kompliserte problemstillinger som utvalget har fått som oppgave å utrede. Selv om helsetjenesten er basert på alment aksepterte verdier og normer vil utvalgets konklusjoner kunne bli påvirket av vektlegging på disse. I det følgende ønsker derfor utvalget å klargjøre noen av de premisser som ligger til grunn for utvalgets tilrådninger i kapittel 10.

### 9.1 Overordnede mål og verdigrunnlag

Det er bred helsepolitisk enighet om at befolkningen skal gis et likeverdig tjenestetilbud over hele landet, uavhengig av kjønn, bosted, etnisk og sosial bakgrunn og økonomisk evne. Det overordnede målet kan enkelt formuleres som at alle skal sikres god tilgang til gode tjenester når de trenger det.

Helsetjenestens verdigrunnlag er avgjørende for hvordan tjenestene utvikles. Møtet mellom pasient og tjenesteyter er selve testen på verdigrunnlaget for helsetjenesten, jfr St.meld 26(1999-2000). Menneskene kjenner seg ofte maktesløse og sårbare i møtet med helsetjenesten og det er derfor viktig at møtet blir preget av respekt for enkeltindividet med utgangspunkt i et helhetlig syn på mennesket.

Det er ofte de mest sårbare og vanskelig stilte pasientene som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. God samhandling kan i dette perspektiv være viktig for å bidra til sosial utjevning i helse.

Fellesnevneren for dem som har et særskilt behov for samhandling er at de har et behandlings- og omsorgsbehov ingen av tjenesteyterne kan løse alene. Det er spesielt viktig at tjenesteyterne i slike situasjoner møter pasientene med et helhetlig menneskesyn. Pasientene har ofte behov for mer enn en isolert prosedyre eller tjeneste, og da må tjenesteyter evne å se en større sammenheng i behovet. Samhandling med pasienten i sentrum krever med andre ord et perspektiv som går ut over den enkelte institusjon eller behandler.

Brukermedvirkning er både en verdi og en strategi for helsetjenesten. Helsetjenestens verdigrunnlag må gi rom for at pasienten har ønske om og kompetanse til å gjøre sine egne valg. I et demokratisk perspektiv må det også sees på som en rettighet at vi som borgere kan øve innflytelse på beslutningssystemene.

### 9.2 Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten

Primærhelsetjenesten er selve fundamentet i helsetjenesten og er viktig for hvordan hele helsetjenesten fungerer.<sup>1</sup> En forankring av helsetjenesten i kommunene skal bidra til helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. Den skal også bidra til riktig prioritering av ressursene og sikre behandling på riktig nivå.

Utvalget vil spesielt peke på at fastlegene er en viktig del av primærhelsetjenesten og skal ha et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientenes situasjon og har en rolle som portåpner og portvakt til det mer spesialiserte nivå. Dette gir fastlegen en naturlig rolle som koordinator for tjenestene til den enkelte pasient. Dette innebærer alt fra samhandling med ulike kommunale instanser til samhandling med en sammensatt spesialisthelsetjeneste.

Det er stor faglig og politisk enighet om betydningen av primærhelsetjenesten og den rolle den skal ha. Likevel vil utvalget peke på at det er en stor tyngdekraft mot spesialisthelsetjenesten, både i forhold til tildeling av ressurser og oppmerksomhet. Det kan derfor være grunn til igjen å minne om dette grunnleggende prinsippet som helsetjenesten skal bygge på.

### 9.3 Det må være likeverdighet mellom aktørene

Helsetjenesten må bygge på at aktørene har gjensidig respekt og tillit til hverandre. Dette må gjelde

<sup>1</sup> Se blant annet Starfield (1994)

på tvers av fagkompetanse og erfaring. Spesialiseringen og kunnskapsutviklingen i helsetjenesten betyr at stadig flere yrkesgrupper og spesialister må yte sine delbidrag inn i en helhet. Det er ingen yrkesgruppe som har spesialkompetanse på helheten. Forutsetningen for god samhandling er at de ulike aktørene hver på sin side har en faglig kompetanse å bringe inn i samhandlingen og at denne kompetansen blir erkjent. Likeverdighetsteknikken må være utgangspunktet for samarbeid på alle nivå i helsetjenesten.

#### **9.4 Tjenestene må være faglig gode og trygge**

---

God kvalitet i tjenestene forutsetter ofte god samhandling mellom tjenesteutøvere. Men tjenestene må også hver for seg være faglig gode og trygge. Undersøkelser i utlandet har f.eks funnet uheldige hendelser i 4-17 prosent av alle sykehusinnleggelse. Halvparten av disse kunne vært forebygget gjennom målrettet innsats. Tilsvarende undersøkelser er ikke utvalget kjent med er gjort i primærhelsetjenesten.

En god helsetjeneste forutsetter at den enkelte tjenesteutøver innretter tilbudet i samsvar med

nasjonale standarder, basert på kunnskap om hva som gir god effekt og god ressursutnyttelse. Utøvelsen av helsetjenestene skal tilstrebe best mulig praksis innen fagområdene.

Helsetjenestens oppgave er å bruke tilgjengelige helsefaglige virkemidler for å ta vare på liv og bedre pasientenes helse. Samtidig vil folks helse påvirkes av en rekke andre faktorer som ligger utenfor det som helsetjenesten har direkte ansvar for. Både prinsipielt og praktisk er det viktig hvordan helsetjenesten forholder seg til slike. På den ene siden er det utenkelig at tjenesten kan befatte seg med alle disse. På den annen side vil det ofte være snakk om forhold som i så stor grad påvirker effektene av helsetjenestens tiltak at det tilsier et mer direkte engasjement fra helsetjenestens side.

Uvalget vil særlig peke på at effekten av helse tiltakene i stor grad påvirkes av pasientenes sosiale situasjon og hva de mottar av sosialt understøttende tiltak. Dette kommer tydeligst fram innenfor områdene psykisk helse og rus, der forhold knyttet til sosiale nettverk, bosted, arbeid og økonomi vil være avgjørende både for generell helsemessig situasjon. Ikke minst kan dette være avgjørende for langtidseffektene av gjennomførte behandlingstiltak overfor pasientene.

## Kapittel 10

# Drøftinger og forslag til tiltak

I kapittel 6 ble samhandling drøftet med utgangspunkt i pasientperspektivet og forhold som kan påvirke dette. Det er videre i kapittel 7 drøftet en rekke forhold som kan være viktige for samhandlingen mellom tjenesteyterne. Analysen endte opp med en drøfting av de ytre rammebetingelsene som også legger føringer på samhandlingen. Dette tiltakskapittelet er bygget opp på samme måte.

I avsnitt 10.2 drøftes tiltak og tilrådninger som kan styrke pasientperspektivet i helsetjenesten. I avsnitt 10.3 drøftes ulike tiltak som er rettet mot behandlingssituasjonen og mot helsepersonell i behandlingssituasjonen. I avsnitt 10.4 drøftes organisatoriske og finansielle tiltak som kan understøtte bedre samhandling i helsetjenesten. I kapittel 11 er utvalgets tilrådninger om lovendringer samlet sammen med en vurdering av de økonomiske konsekvensene av forslagene.

### 10.1 En innholdsreform

Utvalgets analyse i Del III viser den store bredden i hvordan samhandling fungerer. Analysen peker på gode eksempler og den viser hvor svikt kan oppstå. Konklusjonen er at samhandling kan svikte både på individ og på ledelses- og systemnivå. Med dette som utgangspunkt er det heller ingen enkle løsninger for å få til bedre samhandling.

Utvalgets vurdering er at grunnlaget for bedre samhandling i helsetjenesten både ligger i tiltak på det pasientnære området og på overordnet nivå (systemnivå). Det er imidlertid utvalgets konklusjon at det ikke er de store endringer i ansvars- og oppgavefordeling som er løsningen på samhandlingsutfordringene.

Utvalget foreslår mange enkelttiltak som i sum vil bedre samhandlingen i helsetjenesten. Disse kan til sammen sies å utgjøre forslag til en innholdsreform snarere enn en strukturreform.

Tiltakene gjelder tre hovedområder:

1. Styrking av pasientperspektivet
  - Bedre informasjon, medvirkning og innflytelse
  - Økt fokus på helhet og behandlingsforløp
2. Målrettede tiltak for bedre samhandling

- Styrking av lederansvaret
  - Økte funksjons- og kvalitetskrav til tjenesteyterne
  - Formaliserte samarbeidsavtaler og møteplasser mellom nivåene
  - Større fleksibilitet i organisering av samarbeidsløsninger
3. Økonomiske insentiver
    - Øremerket tilskudd for å understøtte samhandlingstiltak
    - Justering av takster og finansieringsordninger

### 10.2 Pasientperspektivet i helsetjenesten

Alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette innebærer også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Det er utvalgets oppfatning at manglende samhandling ofte skyldes for liten oppmerksomhet på dette. Pasientperspektivet skal ikke bare ligge til grunn for dem som yter tjenester direkte til pasientene. Også tilretteleggere og planleggere av helsetjenestene på alle nivå må arbeide med dette som utgangspunkt.

Brukere som medvirker i planlegging, gjennomføring og oppfølging av egen helsehjelp er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser og opplever høyere kvalitet på sitt tilbud. Dette bedrer ikke bare prognosen for gode resultat. Det har også en viktig egenverdi for brukeren. Gjennom deltakelse og påvirkning vil brukeren også bidra til å fremme samhandling mellom aktørene. I sum gir dette bedre helsetjenester og bedre ressursutnyttelse.

Det er imidlertid helsetjenesten som må ha ansvar for at det skjer den nødvendige koordinering og samhandlingen mellom tjenestene. Dette ansvaret må ikke veltes over på pasientene. Men det ligger mye informasjon og kunnskap hos pasienten i forhold til å vurdere behovet for tjenester og behovet for helheten i tilbudet. Derfor mener

utvalget at pasienten burde kunne være en inspirasjonskilde og en ressurs for samhandlingen.

På denne bakgrunn vil utvalget fremme noen tiltak som er rettet mot å styrke pasientens stilling i helsetjenesten. Dette gjelder pasientens muligheter til å fremme krav om, bidra til og dra nytte av bedre samhandling i helsetjenesten. I det følgende drøftes de tiltak som utvalget har vurdert som de viktigste for å styrke pasientens stilling.

### 10.2.1 Tiltak for å styrke pasientperspektivet i helsetjenesten.

Utvalget vil innledningsvis slå fast at tjenesteytere må legge pasientperspektivet til grunn for sitt arbeid rettet mot enkeltbrukere. Forholdene må legges til rette for at brukeren kan medvirke slik pasientrettighetsloven har bestemmelser om. Der- som for eksempel brukeren er et barn, eller ikke selv kan ivareta sine interesser, vil pårørende være viktige medvirkere i forhold til utformingen av den enkeltes tilbud.

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. Den kollektive brukerkompetansen er nyttig for helsetjenesten på alle nivåer. Målet er å utvikle tjenester og tilbud som er tilpasset brukergrup- penes behov.

I spesialisthelsetjenesten reguleres dette gjen- nom helseforetaksloven § 35. Med utgangspunkt i disse bestemmelsene er det etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen av samtlige regionale helsefore- tak, og etter hvert også i de enkelte helseforetak. Oppgaven til brukerutvalgene er å etablere en for- malisert kanal for systematisk innhenting av bruk- ernerfaringer.

*Utvalget foreslår at det innføres tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehel- setjenesteloven som i foretaksloven.*

Utvalget vil peke på at en slik bestemmelse gir kommunene stor frihet til selv å organisere bruker- medvirkning i samarbeid med brukerorganisasjo- nene.

Utvalget mener at det avgjørende at formali- serte fora for brukermedvirkning forankres i ledel- sen, og at det avsettes ressurser i administrasjonen som kan ivareta sekretær- og saksbehandlings- funksjoner.

Utvalget mener at den nye lovparagrafen må inneholde et krav om at kommunehelsetjenesten skal sørge for at virksomheter som yter helsetje-

nester og andre tjenester som hører naturlig sammen med disse, etablerer systemer for innhen- ting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

### 10.2.2 Individuell plan

Utvalgets vurdering er at individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling i helsetjenes- ten, både mellom helsetjenestens ulike aktører og mellom tjenesteutøvere og pasient. Utvalget viser imidlertid til den mangelfulle etterlevelsen av denne rettigheten, jf. drøfting i avsnitt 6.3. Utvalget vil derfor foreslå noen forbedringstiltak.

Retten til individuell plan er fremdeles lite kjent, både blant tjenesteytere og pasienter. Det er derfor utvalgets vurdering at det er behov for å styrke informasjonsarbeidet om denne. Personer under (re-)habilitering, personer med sammen- satte somatiske lidelser, alvorlige psykiske lidelser og personer med et alvorlig rusmiddelmissbruk til- hører pasientgrupper som vil kunne ha krav på individuell plan og vil være viktige målgrupper for informasjon om ordningen.

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

Pasienten har krav på én individuell plan etter helse- og sosiallovgivningen. I en helsetjeneste som er delt mellom to forvaltningsnivå, er det etter dagens regelverk ikke entydig hvem som har ansvaret for at pasientene får utarbeidet en slik plan. Selv om utarbeidelsen og oppfølgingen uan- sett forplikter begge parter og i seg selv krever god samhandling må det formelle ansvaret for utarbei- delsen legges tydelig til en instans. Utvalget mener kommunen skal være ansvarlig når det gjelder plikten til å utarbeide individuell plan. Det er i kom- munen tjenestemottaker bor og mottar de fleste tjenestene som det er behov for å koordinere og samordne. Kommunen har også best kunnskap og oversikt over de lokale tjenestetilbud. Dagens bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven bør videreføres.

Bestemmelsene om individuell plan i spesialist- helsetjenesteloven og psykisk helsevernloven bør endres tilsvarende, det vil si at det i disse lovene presiseres at tjenesten/institusjonen har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Spesialisthelsetjenesten skal ha plikt til å varsle kommunen om pasienter som har behov for en individuell plan der denne ikke allerede er påbe- gynt. Selv om kommunen har ansvaret, er det ikke til hinder for at koordinatorfunksjonen kan inne-

has av personell i spesialisthelsetjenesten der dette er hensiktsmessig.

*Utvalget foreslår at kommunen skal være ansvarlig for arbeidet med individuell plan. Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt ha plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan når de yter tjenester til pasienter som har en slik rett.*

Alle pasienter innenfor det psykiske helsevernet har i dag krav på individuell plan. Kravet gjelder uavhengig av om tjenestene er langvarige og sammensatte eller ikke. Utarbeiding av en altomfattende og sektorovergripende individuell plan i alle tilfeller vil ofte være upraktisk og lite hensiktsmessig. Ulikheten i reglene mellom psykisk helsevern og øvrige tjenester skaper derfor en uklarhet om rettigheter og plikter som kan føre til frustrasjon både for pasienter/pårørende og tjenesteytere fordi det gir urealistiske forventninger. Utvalget mener at kravet om mål og plan for behandlingen i det psykiske helsevernet må ligge fast, men for øvrig bør det være de samme kriterier for rett til individuell plan slik den er definert i forskriften både i somatikk og psykisk helsevern. Utvalget foreslår derfor at regelverket harmoniseres. Dette vil også være en naturlig konsekvens av at kommunen skal ha hovedansvaret for planen. Utvalget understreker at dette er ment som en klargjøring og presisering av reglene som kan bidra til bedre etterlevelse, det skal ikke være noen svekkelse av retten til individuell plan. Etter en slik harmonisering vil det fortsatt være en forholdsmessig større andel av pasientene i psykisk helsevern som vil ha rett til individuell plan enn i somatikken.

*Utvalget foreslår å harmonisere regelverket for når pasientene har krav på individuell plan innenfor somatikken og det psykiske helsevernet.*

Utvalget mener at privatpraktiserende helsepersonell må forpliktes til å delta i arbeidet med individuell plan. Dette gjelder for eksempel fastleger, privatpraktiserende fysioterapeuter, legespesialister og psykologer med driftsavtale og personell ansatt i private helseinstitusjoner. Utvalget vil derfor foreslå at det i helsepersonelloven § 4 tas inn en tilføyelse om at helsepersonell er forpliktet til å delta i arbeidet med individuell plan for de pasienter som har en slik rett. Dette vil sikre at pasientens totale helhetlige tjenestetilbud gjenspeiles i individuell plan og gi bedre samordning av tjenestene. En del pasienter vil også ha nytte av å få alle offentlige tjenester inn i én plan, herunder for eksempel tjenester i regi av barnehager, skoleverket, PPT-tjenesten, Aetat og trygdeetaten. Selv om disse instansene i sitt regelverk er forpliktet til å samarbeide med andre tjenester, har de ikke eksplisitt

plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan. Det er vist til at dette innebærer en skranke for ønsket samarbeid med helse- og sosialtjenesten. Plikten til deltakelse i arbeidet med planen bør derfor inn i regelverket for disse tjenestene.

*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.*

Individuell plan er en pliktbestemmelse i helselovgivningen som internkontrollen i virksomheten skal sikre etterlevelse av. Likevel er det en utbredt mangel på oppfyllelse av denne rettigheten for store pasientgrupper. Utvalget vil understreke ledelsens ansvar for at dette blir fulgt opp i alle ledd og innarbeidet i systemer for rapportering av måloppnåelse og avvik. Ledelsen for de enkelte virksomheter må sette mål for arbeidet med individuell plan og sikre gode rammebetingelser for den enkelte tjenesteutøver til å kunne delta i arbeid med denne. Et sentralt punkt er at helsepersonell får god opplæring om ordningen, bl.a. slik at de kan ivareta opplysningsplikten om retten til individuell plan overfor pasienter og pårørende.

*Utvalget anbefaler at kravet om utarbeiding av individuell plan følges bedre opp gjennom helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer/internkontrollsystemer. Utvalget foreslår en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan for alle kommuner og foretak.*

Rutiner for samarbeid om utarbeidelse av individuell plan, må også avklares mellom aktørene på systemnivå. Utvalget viser her for øvrig til forslag i punkt 10.3.3 om krav til formaliserte avtaler mellom kommuner og foretak. Dette bør inngå i samarbeidsavtalene mellom foretakene og kommunene.

### 10.2.3 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 pasienter som er avhengig av mange tjenester. Utvalgets vurdering er imidlertid at ordningen i større grad må målrettes mot de pasientgruppene som trenger dette mest. Etter utvalgets vurdering er det 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, samt for pasienter med gjentatte opphold og komplekse

og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester. Utvalget viser i denne forbindelse til drøftingen i avsnitt 6.2 hvor noen slike pasientgrupper er nærmere omtalt.

Utvalgets vurdering er at manglende respekt for og oppfølging av ordningen i dag delvis kan forklares av den manglende treffsikkerhet ordningen har når det gjelder behovet for samhandling. Det vises til nærmere drøfting av pasientansvarlig lege under punkt 7.3.3

*Utvalget foreslår at dagens ordning med pasientansvarlig lege tas ut som generell ordning og avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester.*

#### 10.2.4 Pasientopplæring og informasjon

Medisinsk behandling kan ikke avhjelpe alle helseproblemer. I takt med økende levealder i befolkningen, og som følge av den medisinske teknologiske utviklingen, vil en økende andel av befolkningen måtte leve med ulike grader av kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette vil innvirke på familiesituasjonen, og dermed ha betydning for et stort antall mennesker. Målet for medisinsk behandling og rehabiliteringstjenestene overfor disse gruppene blir å bidra til at de som er rammet av kronisk sykdom kan oppnå og opprettholde størst mulig grad av selvstendighet og funksjonsevne.

Et tiltak vil være styrking av pasientenes rett til opplæring med sikte på bedre mestring av egen 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 eller funksjonshemning må sikres pasientopplæring i de tilfeller dette kan bidra til økt selvstendighet og funksjonsevne. Slik opplæring kan i mange tilfeller tilbys gjennom et gruppetilbud, hvor pasientene møter andre i samme situasjon. Dette innbyr også til et samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner om innhold og formidling av tilbudet.

*Utvalget foreslår at det innføres en bestemmelse i pasientrettighetsloven som sikrer at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemning 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 av økt oppmerksomhet rundt samhandling, vil være å utvikle lærings- og mestringssentrene 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/funksjonshemning og at denne videreutvikles som en viktig møteplass for brukerorganisasjoner og helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten.*

*Utvalget foreslår at lærings- og mestringssentrene 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.*

På de fleste samfunnsområder er det lagt godt til rette for at befolkningen kan skaffe seg relevant informasjon via internett. Pasientene har rett til god informasjon. Utvalgets vurdering er at det her ligger et utnyttet potensial 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 informasjonsmaterieell beregnet på pasienter. Helsetjenesten kan likevel bli mye bedre på dette området. Dette gjelder både informasjon som kan være veiledende for pasienten i håndteringen av egen sykdom og informasjon som kan opplyse pasienten om de ulike tjenestetilbud.

De pasientgruppene som utvalget har hatt oppmerksomhet på trenger imidlertid også andre informasjonstiltak. Ofte er det for disse pasientgruppene informasjonen svikter mest.

*Utvalget foreslår at helsetjenesten, sammen med brukerorganisasjonene, styrker informasjonen til pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon.*

#### 10.2.5 Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten

Det vil alltid være noen pasienter som har problemer med å finne frem i det offentlige hjelpeapparatet og få de tjenestene de har behov for. Kjennskap til klagemuligheter og erstatning er vanligvis lite kjent. Det kan også være vanskelig å klage til tjenesteytere som de evt. er avhengige av. Noen kan også ha vanskelig for selv å løse opp i konflikter de har havnet i med hjelpeapparatet. I alle slike tilfelle kan et ombud være til god hjelp.

Pasientombudene har i dag ikke mandat til å behandle henvendelser som gjelder kommunehelsetjenestene eller sosialtjenestene. De får likevel en del henvendelser som gjelder denne. Regjeringen drøftet i St.meld. nr. 40 (2002-2003) en utvidelse av pasientombudsordningen slik at mandatet også skulle omfatte kommunehelsetjenesten, men utvalget er ikke kjent med at det er gjort endringer her. Pasientombudene ser behov for at ordningen utvides. Utvalget slutter seg til pasientombudenes vurderinger.

*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 ivaretatt. Mange tilsynsrapporter har rettet oppmerksomheten på mulig svikt i samhandlingen. Utvalget har merket seg at Aaslandutvalget (NOU 2004: 17) ønsker å overføre tilsynet med kommunenes helsetjenester til Fylkesmannen. Utvalgets vurdering er at en slik overføring i praksis kan føre til et todelt tilsynsansvar og at samhandlingsperspektivet som en konsekvens vil bli dårligere ivaretatt.

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

### 10.3 Samhandlingen mellom tjenesteutøverne

Utvalget viser til analysen i kapittel 7, og kommer i dette avsnittet med tilrådninger og tiltak på forhold som mer direkte kan påvirke samhandlingen mellom tjenesteutøverne. Utvalgets anbefalinger vil på noen områder være oppfordringer til helsetjenestens ulike aktører, mens andre forslag må gjennomføres som nasjonale tiltak og eventuelt forankres i lover og forskrifter.

#### 10.3.1 Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen

Etter utvalgets oppfatning er det nødvendig å styrke legetjenestens rolle i forhold til samhandlingsutfordringene. For fastlegen gjelder det individrettet arbeid overfor personer med store og sammensatte behov, samt tiltak som styrker det offentlige legearbeidet og da særlig legetjenesten i sykehjem. I første rekke dreier dette seg om tiltak som bidrar til at fastlegens ansvar blir tydeligere og mer forpliktende. Det er 3,5 år siden fastlegeordningen ble innført. Selv om det ennå ikke er

gjort en fullstendig evaluering, mener utvalget det er grunn til å foreslå noen justeringer av ordningen. Disse justeringene vil understøtte fastlegenes viktige rolle for å bedre samhandlingen i helsetjenesten.

Det offentlige legearbeidet har kommet svekket ut etter innføringen av fastlegeordningen (for en gjennomgang, se punktene 3.2.2 og 7.1.2). Dels skyldes dette kommunenes manglende satsing på offentlig legearbeid, dels skyldes det legenes uvilje til å påta seg slikt arbeid. Utvalget vil peke på at fastlegene, gjennom å medvirke i dette arbeidet, får en økt forståelse for bredden i det kommunale helse- og omsorgsarbeidet og trening i tverrfaglig samarbeid og samhandling. En styrking av legetjenesten for eldre kan bidra til bedre behandling på riktig nivå i tråd med LEON-prinsippet. Det vil trolig også gjøre det faglig mer attraktivt for legene å arbeide med disse utfordringene, for eksempel som leger i sykehjem.

Ved inngåelse av individuelle fastlegeavtaler har kommunen anledning til å stille som vilkår at fastlegene deltar i det allmenmedisinske offentlige legearbeidet oppad begrenset til 7,5 timer per uke. Fastlegenes avtaler med kommunene utgjør i gjennomsnitt færre timer enn dette. Utvalget mener det er viktig at kommunene utnytter det potensialet som ligger i de individuelle fastlegeavtalene for å sikre en styrking av det offentlig legearbeidet. Stram kommuneøkonomi bidrar trolig til at kommunene ikke har hatt økonomisk handlingsrom til å utnytte disse mulighetene. Utvalget vil anbefale at offentlig legearbeid prioriteres både nasjonalt og kommunalt.

*Utvalget anbefaler kommunen å utnytte de 7,5 timene som fastlegene i henhold til avtaleverket kan tilpliktes å arbeide med offentlig legearbeid.*

Etter utvalgets oppfatning bør kommunen kunne disponere de 7,5 timene til det de selv definerer som viktig offentlig legearbeid. I tillegg til tradisjonelle oppgaver i sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, fengsler m.m., bør dette også kunne være samfunnsmedisinske oppgaver, for eksempel faglig kvalitets- og utviklingsarbeid i kommunens helse- og omsorgstjenester og lignende.

Utvalget har registrert at fastlegeordningen har forsterket problemene med å få leger til å dekke de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene. Kommunelegens samfunnsmedisinske funksjon er viktig for å fremme samhandlingen på systemnivå, og noen leger har også aktivt medvirket i individrettet arbeid for spesielle pasientgrupper. Utvalget mener at rekruttering og stabilitet i disse funksjonene er svært viktig i et samhand-

lingsperspektiv, og at det må arbeides med tiltak for å opprettholde og styrke samfunnsmedisinen lokalt og sentralt.

*Utvalget mener det samfunnsmedisinske arbeidet bør styrkes og at kommunene gis anledning til å bruke fastlegen innenfor rammen av 7,5 timer til denne type arbeid.*

Utvalget vil også rette søkelyset mot den manglende helhet som preger legetjenesten i sykehjem. Det kan synes som om 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. Utvalget vil peke på at kommunene har anledning til å inngå frivillige avtaler med fastleger om mer enn 7,5 timer offentlig legearbeid per uke. For enkelte store sykehjem er det også aktuelt med større stillinger for egen sykehjemslege, eventuelt kombinerte løsninger med fast ansatt hovedlege og fastleger i deltidstillinger, alternativt å samarbeide om (inter)kommunale sykehjemsleger knyttet til flere sykehjem.

Utvalget mener at det i avtaleverket må åpnes for at kommunene får større mulighet til å påvirke opprettingen av nye fastlegehjemmer og listelengden. Avtaleverket må heller ikke være til hinder for at kommunen kan opprette ulike kombinasjoner av deltid fastlegepraksis og offentlig legearbeid.

*Utvalget foreslår at kommunene for å sikre en større helhet i det offentlige legearbeidet, gis mulighet til å tilby kombinerte løsninger for eksempel bestående av deltid fastlegepraksis og offentlig legearbeid. Utvalget foreslår at avtaleverket gjør det mulig for kommunene å fastsette ulike lengder på fastlegens lister, ved opprettelse av nye fastlegehjemmer.*

I de sentrale legeavtalene er det per i dag liten oppmerksomhet på kvalitets- og funksjonskrav til allmennlegetjenesten. Utvalget finner dette uheldig og vil peke på de mulighetene til kvalitetsutvikling og kontroll som ligger i fastlegeordningen. Det er viktig at det stilles slike krav til fastlegene og at disse må innfris for at fastlegene skal ha avtale med kommunen. Det har vist seg vanskelig og tungvint å få dette inn i de individuelle avtalene, og utvalget vil derfor anbefale at en presiserer slike krav i fastlegeforskriften og rammeavtalen. Dette gir mulighet for å rette større oppmerksomhet på behovet for aktiv medvirkning fra fastlegen til pasienter med store og sammensatte behov, for eksempel i forbindelse med arbeidet med individuell plan.

Kommunene tilbyr i stadig større grad omsorgsbolig i stedet for sykehjem til omsorgs- og pleietrengende eldre. Det er viktig at beboere i sykehjem og beboere i omsorgsbolig får et likever-

dig legetilbud. Med et økende antall omsorgsboliger også for andre pasientgrupper, bl.a. psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter, er det et økende antall pasienter med behov for god legehjelp i slike boliger. Utvalget vil i første omgang fokusere på at de pliktene den enkelte fastlege har til å yte legehjelp omfatter alle personer på lista, også de som bor i omsorgsbolig og andre personer med store og sammensatte behov. Spesielt viktig er kravet om å yte øyeblikkelig hjelp.

*Utvalget foreslår at det i fastlegeforskriften inkluderer klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre en bedre legetjeneste til personer med store og sammensatte behov.*

Finansieringsordningen er et annet virkemiddel som kan påvirke fastlegenes praksis i ønsket retning (se også gjennomgangen i punkt 7.1.3). For pasienter med store og sammensatte behov er det særlig to forhold som er viktige og som ordningen kan bidra til. Det ene er å stimulere til at fastlegene tar et likeverdig ansvar for alle sine pasienter, det andre er at de bruker nødvendig tid for å ivareta disse pasientenes behov for god samhandling. Dagens finansiering av fastlegene er blant annet begrunnet med at listetilskuddet (basistilskuddet) bidrar til at legen tar ansvar for en bestemt pasientpopulasjon, og at stykkpriskomponenten (honorartakstene) bidrar til at legen yter personene på lista tjenester. Utvalget vil ikke foreslå store endringer i denne ordning, men anbefale noen justeringer som bedre kan sikre en god legetjeneste til samhandlingskrevende pasienter. Drøftingene fremgår av punkt 7.1.3. Basert på disse vurderingene fremmer utvalget forslag både vedrørende vektlegging av takster i forhold til basistilskudd, innretningen på basistilskuddet og innretningen på takstene.

*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 på takster og egenandeler. Basistilskuddet anbefales innrettet som en kombinasjon av listetilskudd og et driftstilskudd. Samtidig anbefales det at listens lengde får mindre betydning og at listens alderssammensetning gir større økonomisk uttelling.*

Utvalget mener også at takstinnretningen kan endres for å få legen til å øke satsingen på et bestemt område eller øke innsatsen overfor bestemte pasientgrupper. Per i dag tar takstheftet både høyde for ekstra tidsbruk i forbindelse med den enkelte konsultasjonen og tidsbruk knyttet til tverrfaglig samarbeid. Utvalget vil oppfordre partene i takstforhandlingene til å vektlegge takster



som bidrar til at fastlegene prioriterer pasienter med store og sammensatte behov.

*Utvalget anbefaler at partene (dvs Staten og Legeforeningen) i forhandlingen om innretningen av takstsystemet legger til grunn at pasienter med store og sammensatte behov må ivaretas bedre.*

### 10.3.2 Annet privatpraktiserende personell

Både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten finnes det andre private tjenesteytere, hvorav noen har egne driftsavtaler med kommunen og foretakene. På kommunalt nivå gjelder det fysioterapeuter og i spesialisthelsetjenesten omfatter slike ordninger privatpraktiserende legespesialister og psykologer. Utvalget har registrert at kommuner og regionale helseforetak melder om at disse avtalene ikke i tilstrekkelig grad gir dem de styringsmuligheter de ønsker. Utvalget er særlig bekymret for signaler om at avtalene ikke gir muligheter til å sikre at avtalepersonellet bidrar i tverrfaglig samarbeid og arbeid med samhandlingskrevende pasienter.

*Utvalget foreslår at det i avtalene for privatpraktiserende helsepersonell inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre bedre tjenester til personer med store og sammensatte behov.*

### 10.3.3 Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

Utvalget mener det har en stor verdi at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. Avtalen bør være en rammeavtale som på overordnet nivå regulerer samarbeidet. I tillegg kan enkelte avtaler regulere særskilte samarbeids tiltak. Det er hensiktsmessig at partene selv finner ut hvordan avtalen skal utformes for å imøtekomme behovet for bedre samhandling. Det viktigste er at partene har en avtale og at denne er forankret i en felles forståelse om viktigheten av et godt samarbeid tjenestenivåene i mellom. Det vises til nærmere drøfting i punkt 8.1.3.

Utvalget mener det bør være en gjensidig forpliktelse for både kommuner og foretak å inngå rammeavtaler. Utvalget foreslår at kravet til slik avtale skal inngå som en del av kommunens virksomhetskrav etter loven. Foretakene må 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 vedtas 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.*

Dersom de inngåtte avtalene omfatter utskrivning av ferdigbehandlede pasienter på sykehus vil forskriften om kommunal betaling for slike pasienter i sykehus falle bort. Dette innebærer et klart insentiv for kommunene til å inngå avtaler.

### 10.3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten

Utvalget har vist til at det ikke finnes klare kriterier for oppgavefordeling 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. Det er viktig at det ikke ensidig fokuseres på institusjonsplasser da blant annet rehabilitering i eget hjem med bruk av ambulante team har dokumentert god effekt for flere rehabiliteringspasienter.

*Utvalget foreslår at kommuner og foretak samarbeider for å få felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbudene.*

Når finansiering og drift av opptreningsinstitusjonene etter Stortingets vedtak blir en del av spesialisthelsetjenesten kan dette skape ny usikkerhet i grenseoppgangen mellom de to nivåene. 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 opptreningsinstitusjonene gis noen sentrale føringer:*

- *Institusjonene underlegges de samme prinsipper og retningslinjer for kvalitet og prioritering som helseforetakene.*
- *Institusjonene skal være et supplement til, og 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 behandlingsskjede.*
- *Avtalene må understøtte arbeidet for en bedre koordinert rehabiliteringstjeneste med god samhandling.*

*Det er også behov for å utvikle nye finansieringsordninger for blant annet rehabilitering, jf. avsnitt 10.4.*

### **10.3.5 En adresse for samhandling i kommunene og foretakene**

Det er behov for at både foretak og kommuner organiserer sine tjenester slik at tjenesteytere lett finner frem til nødvendige samhandlingspartnere. Dette må ikke føre til organisering av unødvendig ekstra ledd som forsinker samhandlingen, men fungere 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 oppretter én klar adresse som kan veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne.*

Dette må innarbeides i avtalene mellom foretak og kommuner.

### **10.3.6 Krav til ledelse og oppfølging**

Fellesnevneren for de samhandlingskrevende pasientene er at de har behov for tjenester fra flere instanser. Helhetlig behandling kan derfor bare oppnås dersom den enkelte enhet fokuserer på sammenhengen mellom egen innsats og resten av behandlingen. Et slikt fokus, som altså går ut over egen virksomhet, krever en sterk ledelsesforankring. Det kreves bevisstgjøring både om samarbeidskulturer og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste.

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. Dette må kobles til nasjonale, regionale og lokale rapporteringssystemer for å sikre bedre oppfølging.*

### **10.3.7 Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling**

Mye av samhandlingen dreier seg om god og effektiv informasjonsutveksling. En rekke tiltak er

igangsatt gjennom handlingsplaner på IKT. Med nasjonalt helsenett er nå den største utfordringen å få fylt dette med et innhold og sikre tilknytning for helsetjenestens ulike aktører. Spesielt er det viktig at hele kommunehelsetjenesten blir oppkoblet og kan ta del i informasjonsutvekslingen.

Utvalget mener at god informasjonsflyt er en avgjørende forutsetning for bedre samhandling i helsesektoren. Denne informasjonen må kunne sendes langs en sikker og rask transportvei av god kapasitet. Generelt må informasjonen håndteres forsvarlig i alle ledd.

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. Disse forhold må gjennomgås, med sikte på å definere hensiktsmessige rammebetingelser for IT-utvikling og IT-anvendelse i sektoren. Videre må det arbeides med innholdet i informasjonsutvekslingen slik at informasjonen sikres relevans for de ulike brukerne.

En hovedutfordring er å rydde opp i uklarheter omkring hvorvidt informasjon kan deles mellom tjenesteytere. I forhold til dagens lovgivning om helseregistre kan informasjon deles mellom aktører innen samme organisasjon. Det er imidlertid uklart hvorvidt samme organisasjon skal forstås som samme enhet, klinikk, sykehus, helseforetak eller regionalt helseforetak. En rekke samhandlingsaktiviteter hindres av at dette forhold ikke er avklart.

Utvalget har ikke gått inn i den generelle og vanskelige avveiningen som må gjøres mellom personvern hensyn og hensyn til god informasjonsflyt. Men utvalgets vurdering er likevel at det i denne balansen bør tas mer hensyn til samhandlingsbehovene i helsetjenesten. Etter utvalgets vurdering setter dagens registerlovgivning for strenge grenser for deling av informasjon. Det vises til nærmere drøfting av betydningen av informasjonsutvekslingen i punkt 7.4.6.

*Utvalget foreslår at det gjøres en rask avklaring i forhold til hvordan informasjon i dag kan deles mellom tjenesteytere. I denne avklaringen må det tas tilbørlig hensyn til samhandlingsbehovet.*

### **10.3.8 Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring**

Det er utvalgets oppfatning at det er en betydelig ubalanse mellom den betydning samhandling har for realisering av helsepolitiske mål og den vekt som akademiske institusjoner og de faglige organi-

sasjonene legger på dokumentasjon, forskning, kunnskapsutvikling og opplæring på området.

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.

Helsetjenesten kan også øke kunnskapen om samhandling gjennom å foreta pasientforløpsanalyser. Utvalget vil her vise til anbefalinger og beskrivelse i rapporter fra regionale helseforetaks strategigruppe for samhandling og desentralisering.

På de områder hvor det allerede finnes kunnskap må det sikres at denne brukes, dvs at informasjonen må komme effektivt ut til den enkelte tjenesteyter og de som har ansvar for tjenestene gjennom retningslinjer og veiledere. Det må utarbeides retningslinjer for samhandlingsskrevende pasientforløp der behandlingen går på tvers av tjenesteni-våene og mellom flere aktører. Slike retningslinjer må likevel være basert på det viktige utgangspunkt at nettopp mange av disse pasientene vil ha behov for individuelt tilpassede opplegg.

*Utvalget foreslår at det prioriteres ressurser til forskning rettet mot samhandlingsskrevende pasienter. Videre foreslår utvalget at det satses på forskning på metoder for samhandling, herunder utvikling av behandlingsprogram for utvalgte pasientgrupper.*

Samhandling krever både god kunnskap om 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.*

Etterutdanningene bør søkes innrettes som tverrfaglige tiltak og de bør ha oppmerksomhet på samhandling og kulturbygging slik at de fungerer fellesskapsbyggende. Slike tiltak må bygges opp innen helsetjenestene, ikke som eksterne tiltak.

Utvalget anbefaler faglige nettverk for å styrke samhandlingskompetansen. Dette bidrar til å skape kunnskap om arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling, og bedrer samhandlingen mellom tjenesteyterne.

Også innenfor den enkelte medisinske spesialitet bør det rettes oppmerksomhet på samhandlingsutfordringene. Det kan stilles krav til deltakelse i ambulant virksomhet som grunnlag for å bli godkjent som spesialist innen de medisinske fag. Utvalget mener dette er relevant for spesialitetene

geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin. Et slikt krav vil tydeliggjøre at dette er en arbeidsmetode som skal brukes og bidra til å rette oppmerksomheten på viktige samhandlingsområder.

*Utvalget foreslår at det stilles krav om deltakelse i ambulant virksomhet for å bli godkjent spesialist i geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin.*

Det er behov for kunnskapsutvikling på rusbehandling. Det er også behov for å styrke den medisinskfaglige innsatsen på feltet.

Helsepersonell i ulike deler av tjenesten har mye å lære av hverandre, og hospitering er en teknikk som forbedrer relasjoner og skaper felles holdninger. Hospiteringsordninger over forvaltningsgrenser i helsetjenesten bør være gjensidige, for at utveksling av kunnskaper og ferdigheter skal foregå likeverdig. Gjensidighet innebærer at også helsepersonell fra andrelinje hospiterer i førstelinje. Utvalget mener hospitering er en god metode for kompetanseoverføring mellom ulike deler av helsetjenesten. Bruk av hospiteringsordninger kan være tema for de samarbeidsavtalene som skal inngås mellom foretak og kommuner.

*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 bruken av praksiskonsulentordningen og i tillegg lar den omfatte flere yrkesgrupper.*

Ordningen kan gjøres meritterende, for eksempel for leger og sykepleiere. Praksiskonsulentordningen kan også knyttes opp mot spesielle oppgaver eller prosjekter, for eksempel å se nærmere på hva reinnleggelser består av.

Bruken av denne type ordninger bør inngå i samarbeidsavtalene.

### 10.3.9 Veiledningsplikten

Utvalget mener at veiledning bør være en naturlig oppgave for alle deler av helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten tilsier at helsepersonell skal gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommu-

nehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Helseforetaket skal legge til rette for at helsepersonellet kan gjennomføre dette.

Finansieringsordningene er knyttet til innlagte eller innskrevne pasienter. Dette innebærer at veiledning til førstelinjetjenestene er en tilleggsoppgave som i for liten grad etterspørres og prioriteres av helseforetakenes ledelse, og som helsepersonell opplever/erfarer at det ikke er satt av tid og økonomiske ressurser til.

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 av veiledning skal være en viktig oppgave.

*Utvalget foreslår at lovbestemmelsen endres slik at virksomheten er ansvarlig for veiledningen. 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.*

Departementet bør i tillegg gi nærmere retningslinjer for hvordan veiledningsplikten er å forstå og hvilke krav som stilles til etterlevelse av denne. Dette kan gjøres i forskrift (forutsatt forskriftshjemmel) eller i rundskriv eller ved at det utarbeides veiledningsmateriell. Det finnes mange gode eksempler på vellykkede veiledningstiltak som det kan tas utgangspunkt i.

*Utvalget vil peke på at veiledning er en forpliktelse som helsetjenesten må ta høyde for i sine budsjetter. Det skal ikke være adgang til å ta vederlag for slike tjenester.*

Helseforetakene må legge bedre til rette for gjennomføring av veiledning ved å etterspørre denne typen aktivitet hos sine medarbeidere og styre ressurser til veiledning som sikrer at helsetjenesteressursene kommer befolkningen i opptaksområdet best mulig til gode.

Spesialisthelsetjenesten må tilstrebe å bruke godkjente spesialister i veiledningen, og at dette må gis større prioritet. For å få tilstrekkelig oppmerksomhet på veiledningsplikten må denne aktiviteten målsettes og følges opp med rapportering og ledelsesoppmerksomhet.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt som har utgangspunkt i den spisskompetansen spesialisthelsetjenesten har, som førstelinjetje-

nesten trenger. På en rekke områder har imidlertid også førstelinjetjenesten en kompetanse som er verdifull for spesialisthelsetjenesten. En gjensidig veiledningsplikt er derfor nødvendig for å sikre best mulig kompetanse på begge nivå.

*Utvalget foreslår at det innføres likelydende lovbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven med gjensidig plikt til veiledning.*

## 10.4 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Helsetjenestene påvirkes av de rammebetingelsene som til enhver tid gjelder. Ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten legger rammer for virksomheten. Likeledes er utformingen av finansieringsordningen viktig, for eksempel om utbetalingen er aktivitetsbasert eller rammefinansiert, og om rammen er per capita basert eller en fast sum. Hvem som utbetaler pengene, om det er stat, kommune eller regionalt helseforetak legger også viktige premisser. Fordi en del helse- og omsorgstjenester også leveres av private aktører er også finansieringsordningene her viktige.

Utvalgets forslag til tiltak vil være innenfor dagens hovedstruktur av helsetjenester hvor det er et ansvarsmessig og organisatorisk skille mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslår ingen store reformer, men påpeker behovet for justeringer og mindre endringer i dagens hovedmodeller. Forslaget inneholder blant annet en utvidet meny av organisatoriske modeller, samt enkelte forslag til endringer i takst og refusjonsordningene.

På sikt kan det imidlertid være behov for større organisatoriske og finansielle reformer. Det er imidlertid lite dokumentasjon på hva ulike valg av organisering og finansiering betyr for samhandling. Utvalget vil derfor foreslå at det stimuleres til forsøk med nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger som understøtter disse. Slike forsøk vil kunne gi verdifull erfaring.

### 10.4.1 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 etablering av felles organisatoriske enheter være en aktuell løs-

ning for å styrke samhandlingen i tjenestene og rette oppmerksomheten mot viktige oppgaver i gråsonen.

#### *Interkommunalt samarbeid*

Det er i dag full anledning til å etablere interkommunale ordninger innen helsetjenesten. Slike 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 virksomheter som i tillegg til å utføre tjenester også gis myndighet til å tildele tjenester til innbyggerne i alle deltagende kommuner.

Utvalgets vurdering er at dette vil gi muligheter for kommunene til å utnytte økonomiske stordriftsfordeler og etablere faglig robuste enheter for å sikre et bedre tilbud til pasientene. På denne måten legger man også til rette for at kommuner som ønsker det kan etablere rettslige overbygninger som kan binde og representere de deltagende kommunene i forhold til spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener at det generelt vil ligge bedre til rette for et strukturert samarbeid mellom kommuner og foretak dersom mange av de små kommunene kan etablere overbygninger eller samarbeidsmodeller seg imellom.

*Utvalget foreslår at det gis adgang til at kommuner kan delegerer myndighetsutøvelse til interkommunale organ eller til andre kommuner.*

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.

Utvalget har ikke gått nærmere inn i en helhetsvurdering av hvorvidt dette er en ønskelig organisering av helse og sosialtjenester. Utvalget ønsker derfor heller ikke å gi noe konkret anbefaling om hva som bør velges. Utvalget legger imidlertid til grunn at en utvidelse av menyen vil gi de aktuelle samarbeidspartene en bedre mulighet til å velge den beste løsningen med utgangspunkt i de lokale behov.

#### **10.4.2 Forsøk med nye organisasjoner**

I mandatet legges det til grunn at dagens todelte ansvarsfordeling videreføres. Utvalgets vurdering er at helt nye prinsipper for organisering heller ikke vil løse samhandlingsutfordringene. Organisasjonelle forsøk som går utover dagens rammer kan likevel være nyttig for å vinne flere erfaringer.

En samling av det totale ansvaret for helsetjenesten til ett nivå for alle pasienter eller avgrenset til noen behandlingsområder er verdifullt å gjennomføre som forsøk. Med samme argumentasjon mener utvalget det er verdifullt å gjennomføre forsøk med felles eie av utførelsenheter mellom foretak og kommuner.

#### *Sameie mellom kommuner og foretak*

Helse Øst har bedt om at utvalget vurderer muligheten for å etablere en felles organisasjon mellom helseforetak og kommuner, med spesiell referanse til et prosjekt med kommunene Asker og Bærum. En slik organisasjon er tiltenkt å eie utførelsenheter i felleskap. Det innebærer at en eller flere kommuner og foretak i fellesskap kan eie enheter hvor det både utføres første- og andrelinjetjenester.

Utvalget mener en utførelsenhet i felles eie som yter både første- og andrelinjetjenester, 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 i felles eie vil kunne gi nyttig kunnskap om hvilke fordeler en slik organisering kan gi.

*Utvalget foreslår å åpne for forsøk der kommuner og foretak kan eie utførelsenhetene i helsetjenesten sammen.*

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 forholdsvis ansvar seg imellom.

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

Utvalget tenker her på sameier eller selskapsformer hvor avgjørelsesmyndigheten til å binde ressurser og tildele tjenester både fra første og andrelinjenivå er overført fra det opprinnelige tjenestenivå (foretak og kommuner) til et eget selskap. En slik organisasjonsmodell vil kunne tilsvare et interkommunalt selskap som beskrevet ovenfor, men med den forskjell at del-

tagerne i tillegg til kommuner også omfatter helsetjenesteforetak. Kjernen i et slikt forslag/forsøk vil være at de nye enhetene overtar de delene av kommunale og foretakenes oppgaver som det i det konkrete tilfelle er ønskelig å slå sammen. Finansieringen må dels skje ved kommunale overføringer og dels gjennom en overføring av statlige midler.

Utvalget er i tvil om en selskapsform er mer effektiv som grunnlag for samarbeid mellom partene enn hva dagens avtalemulighet gir. Eksempler viser at partene gjennom avtaler danner effektive og svært gode løsninger som ivaretar pasientens behov for sammensatte tjenester, jf. kapittel 4. Utvalget mener imidlertid at denne organisatoriske modellen bør være gjenstand for forsøk som kan gi mer kunnskap om betydningen for helhet i helsetjenesten.

#### *Forsøk med etablering av et samlet ansvar for hele helsetjenesten*

Et helhetlig ansvar for helsetjenesten er forsøkt i ulike varianter i andre land<sup>1</sup>. Erfaringene er ulike og avhengig av hvordan systemet innrettes. Det er vanskelig å overføre erfaring med slike modeller til norske forhold. Utvalget mener imidlertid at forsøk med slike modeller kan 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 tjenesteni-våene.

Utvalget foreslår at forsøksordningen initieres fra sentrale myndigheter.

*Utvalget foreslår å åpne for forsøk hvor kommuner kan overta det sørge for ansvar som staten via de*

*regionale helseforetakene har for spesialisthelsetjenesten*

#### **10.4.3 Lokal forankring av spesialisthelsetjenesten**

I St.prp. 1 (2004-2005) har Helse og omsorgsdepartementet gjort rede for en strategi for lokalsykehuse-sene som nettopp tar sikte på å utnytte det konkurransefortrinn disse har med nærhet til pasientene og førstelinjen. I dette ligger blant annet utnyttelse av mulighetene for etablering av forskjellige organisasjonsmodeller i samarbeid med kommunene. Utvalget mener denne strategien er et viktig skritt i retning av bedre samhandling om pasientene mellom foretak og kommuner.

Før sykehusreformen var samhandlingen 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.

Verken regionrådene eller KS sine fylkesavdelinger passer uten videre inn som felles organ for kommunene i forhold til forhandlinger og oppfølging av avtaler med foretakene. Utvalget tror det vil virke uheldig om helseforetakene ensidig blir ansvarlig for regionen.

*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.*

#### **10.4.4 Generelt om økonomiske virkemidler**

Finansieringsordningene har som viktigste formål å bringe ressurser frem til de utøvende ledd slik at både ansvar og oppgaveløsning understøttes. Finansieringsordningene utgjør derfor svært viktige rammebetingelser for helsetjenesten.

Utvalget har vurdert enkelte tiltak som kan bedre insentivstrukturen for samhandling i pasi-

<sup>1</sup> Jfr den engelske helsereformen i 1990 og senere justeringer.

entbehandlingen (jfr. kapittel 8). Det vises for øvrig til at viktige problemstillinger vedrørende finansiering nettopp har vært eller er under utredning. Utvalget viser til behandlingen av St. meld 5 (2003-2004) hvor fremtidig hovedstruktur for finansieringen av spesialisthelsetjenesten ble lagt. Fastlegereformen er nylig gjennomført og kommunens inntektssystem er under vurdering av Borge-utvalget. På denne bakgrunn har det ikke vært utvalgets mandat å gjøre en ny utredning knyttet til finansieringen av helsetjenesten. Utvalget har imidlertid noen forslag til justeringer innenfor dagens hovedsystem.

#### *Om stykkprisbetaling i helsesektoren*

Utvalget mener at helsetjenesten trenger noen økonomiske insentiver som stimulerer til høy aktivitet og effektiv tjenesteproduksjon. Utvalget er imidlertid bekymret for at høye refusjonssatser (nå 60 prosent i ISF-ordningen) øker samhandlingsutfordringene fordi samhandling ofte ikke utløser refusjon. Denne utfordringen blir større jo lenger ned i helsetjenestens organisasjon disse insentivene får virke.

*Utvalgets vurdering er at Stortingets beslutning om å øke ISF finansieringen til 60 prosent vil øke samhandlingsutfordringene i helsetjenesten. Utvalget mener at samhandlingen i helsetjenesten er tjent med at stykkprisandelen reduseres.*

Utvalget har registrert en økende oppmerksomhet knyttet til inntektene i helsetjenestene. Det er tatt i bruk begreper (for eksempel "lønnsomme pasienter") som kan tolkes som en endring i styringskulturen. Dette er en utvikling der helsetjenesten retter for stor oppmerksomhet på det ukompliserte, prosedyreorienterte og det som ikke er særlig samhandlingskrevende. Det har ikke vært mulig å dokumentere slike vridninger vitenskaplig innen utvalgets tidsramme, men ulike tilbakemeldinger fra sektoren gir den sterke indikasjon på en slik utvikling.

#### *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 for 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 anbefaler at de regionale helseforetak og kommuner i større grad understøtter samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger. Gjennom en mer aktiv bruk av finansiering som lokalt virkemiddel vil også det lokale prioriteringsansvaret bli tydelig.*

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 blant annet peke på muligheten til å finansiere ambulante team

Utvalget vil peke på det prinsipielt vanskelige i at flere tjenesteytere i helsetjenesten finansieres gjennom såkalte "tredjeparts" ordninger<sup>2</sup>. Refusjoner som går direkte fra Rikstrykdeverket til den enkelte tjenesteyter gir liten overordnet styring med ressursene og tjenestene. Utvalget mener det bør utredes en større omlegging av finansieringsordningene for kommunale helsetjenester i retning av et system som sterkere understøtter kommunen som bestiller av tjenester og kommunen som ansvarlig for å sørge for at befolkningen har et godt samlet helsetjenestetilbud. Som en oppfølging av St.meld. 5(2002-2003) går nå refusjoner til poliklinikker og sykehus til de regionale helseforetak for videre oppgjør med den enkelte tjenesteyter. I spesialisthelsetjenesten har man derfor allerede delvis endret finansieringsordningen i en slik retning. Det kan også være aktuelt å se på refusjonsordninger til private tjenesteytere i denne sammenhengen. En større styring med de samlede ressursene gir også kommuner og foretak bedre mulighet til å understøtte riktige prioriteringer i helsetjenesten. Utvalget mener derfor at en større omlegging av finansieringen bør utredes.

#### **10.4.5 Forslag til endringer i takst- og refusjonssystemet**

Utvalget har ikke gått detaljert inn i vurderinger av de takstsystemene og refusjonssystemene som brukes i dag. Det er heller ikke utvalgets oppfatning av takster og refusjoner i seg selv er svaret på

<sup>2</sup> Tredjepartsfinansiering er et begrep som er brukt i økonomisk teori og betegner et system hvor en part i tillegg til, eller i stedet for kjøper betaler

samhandlingsutfordringene. Likevel er det liten tvil om at takster og refusjoner kan brukes til å rette oppmerksomheten på samhandlingsutfordringen og bidra til at det etableres gode tiltak. Det finnes noen svakheter ved dagens takst og refusjonssystem som derfor bør vurderes ved neste justering.

Utvalget viser i punkt 8.2.1 til at dagens økonomiske insentiv på flere områder ikke understøtter det som er til beste for pasientene. For å hindre et overforbruk av undersøkelser er takstsystemet innrettet slik at flere undersøkelser eller spesialistvurderinger på samme dag honoreres som en undersøkelse eller ett besøk. Konsekvensen av en slik innretning av takstsystemet er at pasienter med behov for mange kontakter med spesialisthelsetjenesten ikke får samordnet dette i en konsultasjon.

Utvalget mener denne praksis er uheldig for den enkelte pasient samtidig som det medfører merutgifter for det offentlige til transport og refusjoner.

*Utvalget foreslår at takstsystemet gjennomgås med sikte på å fjerne insentiver for oppstykkning av behandlingene slik at det blir bedre nøytralitet i forhold til når ulike undersøkelser og vurderinger skal foretas.*

*Utvalget foreslår at både finansiering av veiledning, og ambulerende virksomhet vurderes i departementets videre utviklingsarbeid med 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 utvalgets 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 er slik at et hensiktsmessig tilbud for disse pasientene kan bli skadelidende.

*Utvalget foreslår at det innføres en ordning slik at trygden betaler for nødvendige medisnutgifter til pasienter som er avhengige av kreftbehandling i sykehjem på lik linje med omsorgsboliger og behandling i hjemmet.*

*Utvalget foreslår at departementet legger til rette for ordninger som sikrer bedre kostnadsnøytralitet for dyr medikamentell behandling av alvorlige sykdom-*

*mer, uavhengig av om pasientene er på sykehus, sykehjem eller i åpen omsorg.*

#### *Interkommunale legevaktsamarbeidsordninger*

Interkommunale legevaktsordninger gir etter utvalgets vurdering gode resultater for pasientene i form av god kvalitet og god tilgjengelighet til tjenestene. Samtidig bidrar ordningen til å redusere vaktbelastningen for leger og derigjennom lette rekrutteringen av leger til små kommuner og utkantstrøk. Samlokalisering av den interkommunale legevaktsentral med lokalsykehuset gir tilleggseffekter i form av tilgang til sykehusets ressurser, et større faglig miljø og bedret samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Utvalget registrerer at kommuner kan få økte utgifter som en følge av denne bedringen i tilbudet. Videre indikerer enkelte undersøkelser at det kan oppnås innsparinger på Rikstrykdevervets budsjetter.

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. Dagens statlige finansiering av legevaktjenesten innebærer imidlertid at det blir ulønnsomt for noen kommuner å delta, selv om det er gode faglige grunner for etableringen av et slikt tilbud. Dette mener utvalget kan møtes på prinsipielt to ulike måter. Den ene løsningen er å samle dagens refusjonsordninger og gjøre dette om til ett tilskudd til kommunene, for eksempel fordelt etter en nøkkel med vekt på areal og geografi. Den andre løsningen er å la staten ta et større finansielt ansvar for ordningen, for eksempel gjennom finansiering av tilstedevaktene på legevakten. Utvalget har allerede pekt på behovet for en egen utredning om konsekvensene av å legge om dagens refusjonssystem til et system hvor kommunen i større grad mottar og styrer disse ressursene. Imidlertid vurderer utvalget at det er nødvendig med en ordning som snarest mulig 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.*

#### **10.4.6 Et øremerket tilskudd til samhandling**

Utvalget erkjenner at det er vanskelig å lage nasjonale finansieringsordninger som direkte understøtter samhandling. Utvalget er imidlertid entydig i sin vurdering av at dagens finansieringsordninger



og takstsystem gir svært få insentiv til samhandlingstiltak, og har på en rekke områder en innretning som direkte motvirker effektiv samhandling. De justeringene som utvalget foreslår innenfor dagens finansieringsordninger vil ikke være tilstrekkelig til å gi prioritet til den helt nødvendige omleggingen som må til for å møte utfordringene på samhandlingsfeltet, og da særlig økningen i innleggelser av syke eldre.

I rapporten "Strategier for samhandling og desentralisering" utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av de regionale helseforetakene pekes det også på at samhandlingstiltak mellom foretak og kommuner i dag begrenses på grunn av manglende finansieringsordninger.

Utvalgets vurdering er at avtalene som skal inngås mellom kommuner og foretak er blant de viktigste virkemidlene for å få til bedre samhandling. Dersom avtalene i tillegg understøttes av økonomiske insentiv blir effektene enda større. Avtalene kan innrettes slik at visse mål og aktivitetskrav skal være innfridd for å få del i pengene. Partene kan samarbeide om utformingen av slike mål og aktivitetskrav. Gjennom en slik lokal innretning vil en sikre betydelig større treffsikkerhet i forhold til behov og muligheter for gode tiltak.

Utvalget foreslår derfor et øremerket tilskudd til samhandling som kan brukes for å få i gang nye aktiviteter og videreutvikle eksisterende aktiviteter. Tilskuddet må være av en slik størrelsesorden at det står i forhold til de betydelige utfordringene utvalget har pekt på. Utvalget 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 mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.*

En ordning med øremerket tilskudd må sees på som et tiltak for å rette oppmerksomheten på et viktig område og som et insentiv til å få igangsatt viktige lokale tiltak. Tilskuddet forutsettes gitt i en begrenset periode hvoretter det innarbeides som en del av det vanlige inntekts- og tilskuddssystem for kommuner og foretak.

Ordningen skal stimulere til gode tiltak lokalt og legge minst mulig føringer på innholdet i samhandlingen. I dag har flere kommuner og helseforetak allerede 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 konkrete avtaler om samarbeidstiltak.

*Utvalget foreslår at det stilles krav om formalisert avtale om konkrete tiltak mellom kommune og foretak for utløsning av øremerkede midler til styrking av samhandling.*

Opptrappingsplanen for psykisk helse stiller store krav til god samordning mellom de ulike delene av helsetjenesten. Tiltak innenfor disse planene vil derfor være naturlige element i en samarbeidsavtale mellom kommuner og foretak. Utvalget forutsetter at en andel av opptrappingsplanens midler går til samarbeidstiltak mellom foretak og kommuner. Det er derfor viktig at også disse midlene og tiltakene innarbeides i samarbeidsavtalene.

*Utvalget foreslår at krav om avtaler skal foreligge for utløsning av statlige midler fra opptrappingsplanene for psykisk helse.*

Utvalget vil understreke viktigheten av at midlene benyttes som delfinansiering, og at partene som inngår avtale om tiltak også bidrar økonomisk. Dette skaper større eierforhold og større forpliktelse for deltakerne i gjennomføring av tiltaket. Utvalget vil imidlertid anbefale at midlene også kan benyttes som delfinansiering av løpende drift av prosjektene

*Utvalget foreslår at de øremerkede midlene benyttes som delfinansiering av samarbeidsprosjekter. Utvalget mener at det er vesentlig at partene bidrar med en egeninnsats i tiltakene for å skape nødvendig eierforhold til disse.*

Som eksempel på tiltak utvalget mener kan finansieres gjennom slike avtaler er: Opprettelse og drift av "intermediærsenger", sykestuesenger og spesielt tilrettelagte senger i sykehjem for lindrende behandling ved livets slutt. Slike senger kan for eksempel være en del av et distriktsmedisinsk senter eller organiseres som enheter i et sykehjem. Erfaringer med slike enheter har vist at de både kan gi et faglig godt tilbud, større nærhet til brukernes hjemmemiljø og redusert liggetid i sykehus.

Flere enheter for lindrende behandling i kommunen står i fare for å bli nedlagt fordi den kommunale kostnaden ved driften av sengene blir for høy. Et øremerket tilskudd må kunne brukes for å etablere og drifte noen av disse tilbudene. Tilskuddet kan derfor også gå til allerede eksisterende tilbud da disse i praksis er svært sårbare for driftskutt.

Kommunehelsetjenesten er grunnpilaren i helse- og sosialtjenestene. Kommunene har de siste årene fått mange nye oppgaver og står overfor store utfordringer fremover ikke minst med en økende andel eldre i befolkning. Utvalget vil derfor anbefale at de øremerkede midlene kanaliseres via

kommunene og stilles til disposisjon etter egnet fordelingsnøkkel. Skillet mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste vil aldri være statisk og mange av de tjenestene utvalget har drøftet er nye for kommunene. Midler kanalisert til kommunene kan være med på å sikre etablering og drift av nye tilbud, samtidig som det kan bidra til en revitalisering av kommunen som selve fundamentet i helse-tjenesten.

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 andre forhold. Kommunene vil være avhengige 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 behandlingkjeden.

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

## Kapittel 11

# Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalgets tilrådninger og konkrete forslag fremgår av kapittel 9 og 10. I dette kapitlet følger noen oppsummerende, overordnede vurderinger av de økonomiske og administrative konsekvensene av utvalgets tilrådninger. I tillegg har utvalget samlet forslag om lovendringer i avsnitt 11.2.

### 11.1 Vurderinger av økonomiske konsekvenser

En komplett vurdering skal omfatte både samfunnsøkonomiske, bedriftsøkonomiske og eventuelle administrative konsekvenser.

Det er vanskelig å lage gode anslag for kostnader knyttet til mange av utvalgets forslag. Noen av forslagene, for eksempel styrking av lærings- og mestringssentra, er av en slik karakter at bevilgende myndighet i årlige budsjettvedtak må ta standpunkt til hvor langt en skal gå. For andre forslag, for eksempel knyttet til individuell plan og plikt til avtaleinngåelse, er det viktig at innføring av disse følges av en rimelig økonomisk kompensasjon som sikrer at de gjennomføres raskt og med entusiasme. Utvalget mener at de samlede kostnadene til tiltakene, bortsett fra øremerket tilskudd til samhandling og utvidelse av pasientombudsordningen, er marginale i forhold til de samlede kostnader knyttet til helsetjenester i Norge.

Utvalget har ikke foretatt detaljerte analyser av de kortsiktige administrative og økonomiske konsekvensene av forslagene. Utvalget har imidlertid vurdert de enkelte forslagene og har begrenset seg til å gjøre noen grove beregninger og anslag.

I det følgende angis utvalgets vurderinger av de økonomiske konsekvenser:

#### 11.1.1 Individuell plan

Utvalgets forslag knyttet til individuell plan forventes å gi en økning i antall personer som får slik plan. Utvalgets forslag innebærer derimot ikke en utvidelse av retten til Individuell plan, men er rettet mot bedre oppfyllelse av gjeldende rett. Utvalget har ikke anslått økte kostnader i denne sammenhengen fordi planen ikke gir rett til nye tjenester.

En utvidelse av plikten til å delta i arbeidet med individuell plan gjennom lovfesting i helsepersonelloven, vil kunne medføre noe merarbeid for de aktørene som i dag ikke omfattes av plikten, for eksempel privatpraktiserende helsepersonell og personell i private helseinstitusjoner uten avtale med det offentlige. Informasjonsarbeidet mot pasientene kan forventes å kreve noen ressurser i form av brosjyremateriell og eventuelt andre informasjonstiltak. Mye av informasjonen må imidlertid gis av de ulike delene av helsetjenesten. Det vil derfor være et begrenset beløp som her er aktuelt. Avviksregistreringen av individuell plan antas å kunne implementeres inn i helseforetakenes/ kommunenes allerede eksisterende kontrollsystemer, likeså vil rapportering av individuell plan følge de vanlige rapporteringsmetoder.

En utvidelse av koordinatorfunksjonen til også å omfatte et personlig oppfølgingsansvar i forhold til alle bidragsyttere vil føre til noe merarbeid for personer med en koordinatorfunksjon.

#### 11.1.2 Pasientombudsordningen

En utvidelse av pasientombudsordningen til også å gjelde for kommunehelsetjenestene vil føre til merarbeid og økte utgifter for pasientombudene som i dag kun har ansvar for spesialisthelsetjenesten. I Oslo har allerede pasientombudet en slik utvidet funksjon.

Kommunehelsetjenesten er i størrelsesorden med spesialisthelsetjenesten dersom vi inkluderer pleie og omsorgssektoren. En utvidelse av ansvaret vil derfor kunne innebære en vesentlig økning av oppgaver som må kompenseres med økte ressurser.

Selv om utvidelsen kan sees på som en dobling av ansvaret, anslår utvalget merkostnadene til å være mindre. Det må forutsettes noen muligheter for å utnytte infrastruktur og ressurser som allerede er inkludert. Pasientombudene har i dag en samlet ressursramme på ca 20 millioner kr. Trolig vil en utvidelse kreve mellom 1-2 ekstra årsverk i hvert fylke, utenom Oslo, til en samlet sum av ca 15 millioner kroner.

### 11.1.3 Øremerket tilskudd til samhandling

Den øremerkede bevilgningen til samhandling kan tas fra det ordinære budsjettet, det vil si som et proporsjonalt uttrekk fra foretakenes og kommunenes rammer. Utvalget mener imidlertid at et slikt tilskudd fortrinnsvis bør bevilges som en nysatsing i budsjettet for at det skal innebære en klar satsing på bedre samhandling.

Utvalgets forslag vil koste årlig 1 milliard kroner.

### 11.1.4 Andre forslag

En rekke av utvalgets forslag kan sies å medføre merkostnader som er av en slik størrelsesorden at de kan håndteres innenfor dagens budsjetter.

For eksempel vil en satsing på pasientopplæring kunne føre til noe økte utgifter til både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Videre vil det kunne innebære noen merkostnader å få frem bedre informasjon.

En endring av fastlegenes avlønningssystem forutsettes å skje innenfor allerede eksisterende budsjetterte rammer. Utvalgets tilrådninger er kun en justering i forholdet ramme og stykkpris.

Spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten forutsettes fulgt innenfor de ordinære budsjetterrammer.

Iverksettelse av organisatoriske forsøk vil kreve noe prosjektmidler. Forsøket med å samle sørge for-ansvaret i noen kommuner vil måtte følges opp av et økonomisk uttrekk fra den regionale helseregion til kommunen(e) hvor forsøket skal gjennomføres.

## 11.2 Konkrete forslag til endringer i lover og forskrifter

Som det framgår av avsnitt 4.5 om krav om samhandling i regelverket, så inneholder den norske helselovgivningen etter lovreformen mange bestemmelser som skal bidra til å sikre samhandling og helhetlige tjenester til pasienter med særlige behov. Utvalget har likevel funnet grunn til å foreslå både noen endringer i gjeldende lovgivning og noen helt nye lovbestemmelser for å styrke samhandlingen mellom tjenester.

Forslagene er det redegjort nærmere for i tiltakskapittelet (kapittel 10), men gjengis her samlet for oversiktens skyld. Utvalget understreker at alle forslag til lovendringer vil måtte underlegges slik saksbehandling og bearbeiding som kreves i forhold til lovarbeid. Utvalget har likevel i noen tilfel-

ler funnet å ville lage konkrete forslag til hjemling og ordlyd for å illustrere hvordan dette kan tenkes utformet.

### *Pasientopplæring*

Utvalget foreslår et tillegg i pasientrettighetsloven som gir *pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemning* rett på opplæring, når dette er nødvendig for å øke eller opprettholde selvstendighet og funksjonsevne.

### *Pasientombud*

Forslag til tillegg i pasientrettighetsloven § 8-2:

”Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester.”

### *Pasientansvarlig lege*

Forslag til endring i forskrift om pasientansvarlig lege § 4:

”Pasientansvarleg lege skal ha ein samordningsfunksjon for behandling av *pasientar med komplekse eller langvarige behov*, og skal vere det faste medisinskfaglege kontaktpunktet for pasienten under opphaldet. Pasientansvarleg lege skal helst vere den same under heile opphaldet, med mindre omsynet til pasienten og ei fagleg forsvarleg oppfølging av han talar for at ein annan blir peikt ut som pasientansvarleg lege.”

### *Individuell plan*

Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5:

”Helseforetaket har plikt til å delta i kommunens arbeid med individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder plikt til å ta initiativ til at slikt arbeid igangsettes for pasienter som har rett til slik plan. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.”

I tillegg til denne endringen vises det til forslag om harmonisering av individuell plan-bestemmelsen i psykisk helsevern med det øvrige regelverk, jf. punkt 10.2.2.

Forslag til tilføyelse i helsepersonelloven § 4 annet ledd:

”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødven-

dig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. *Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient har rett til slik plan etter pasientrettighetsloven § 2-5 og helsepersonellet gir vedkommende helsehjelp etter samme lovs § 1-3.*

I tillegg til disse endringene i helselovgivningen, viser vi til forslaget i punkt 10.2.1 om å ta inn en plikt til å delta i arbeidet med individuell plan i regelverket som regulerer virksomheten til andre kommunale, statlige, fylkeskommunale og private instanser som er aktuelle for slikt samarbeid, som barnevern, skole, barnehage, PPT, trygdeetat, Aetat. Utvalget ser det ikke som hensiktsmessig å lage konkrete forslag til ordlyd og hjemling av bestemmelser som ligger utenfor helselovgivningen.

#### *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt*

Foreslag til endring av lov om spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 om veiledningsplikt :

*"Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven og institusjoner og privatpraktiserende helsepersonell som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal sørge for at kommunehelsetjenesten gis råd og veiledning om den enkelte pasient samt generell veiledning om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om veiledningsplikten."*

#### *Plikt til avtaleinngåelse*

Foreslag til tillegg i helseforetaksloven § 41:

*"Foretaket skal inngå samarbeidsavtale med de kommuner som foretaket har ansvar for. Departementet kan ved forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen."*

Forslag til tillegg i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd:

*"Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det/de helseforetak som kommunen hører til. Departementet kan ved forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen."*

Det bør i forskrift gis bestemmelser om minimumskrav til slike avtaler (hovedelementer som må være avtalt), herunder bla dette med entydig kontaktadresse i kommuner og foretak, avvikshåndtering m.v. I tillegg bør det framgå av forskriften at partene i avtalen skal forplikte seg til å forelegge planer om vesentlige endringer i tjenestetilbud på begge nivåer for den annen part til uttalelse.

#### *Interkommunale selskaper*

Forslag til ny kommunehelsetjenestelov § 3-1a

*"Kommunen kan delegere myndighetsutøvelse til interkommunale organ eller andre kommuner etter reglene i kommuneloven og i lov om interkommunale selskap."*

#### *Integrerte enheter*

Forslag til endring i helseforetaksloven § 43 tredje ledd (ansvarsform for virksomhet eid av foretak):

*"Helseforetak kan eie virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen med kommuner. Ansvaret for slike virksomheter skal være organisert som ansvarlig selskap."*

#### *Forsøksloven*

Forslag til endring i lov om forsøk i den offentlige forvaltning § 2:

*"Denne lov gjelder for forsøk i den statlige, fylkeskommunale og kommunale forvaltning, og statlige helseforetak, hvis ikke annet følger av lov."*

## Referanser

- Abelsen, B. og M. Gaski (2003). Samfunnsøkonomisk analyse av spesialistpoliklinikken i Alta. Norut NIBR Finnmark
- Bartels, S.J., G.S. Moak og A.R. Dums (2002). Models at mental health services in nursing homes: a review at the literature. *Psychiatric Serv.* 2002 Nov; 53 (11): 1390-6
- Berg, E. (2003). Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. SIRUS-rapport nr 1, 2003
- Bergstrøm, R. and V. Heimly (2004). Information technology strategies for Health and Social Care in Norway. *International Journal of Circumpolar Health* 63:4 2004
- Bogen, H. og E. Dahl (1996). Privatisering av helsetjenester. Fafo-rapport 196/1996.
- Bogen, H. og T. Nymoen (1998). Privatisering og konkurranseutsetting i norske kommuner. Fafo-rapport 254
- B.innst. S. nr.11 (2004-2005). Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområdene 15 og 16)
- Brekke, M., H.B. Gudim og T.E. Hansen (2001). Populasjonsansvaret i fastlegeordningen - blir vi annerledes leger etter 1.6.? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1725-7
- Busch, T. og J.O. Vanebo (2001). Bestiller-utfører modellen. utfordringer og problemområder. Sluttrapport – 14.12.01
- Det nye Danmark – bilag om oppgaveplacering. Regeringen April 2004. Schultz Grafisk.
- Donaldson, C. and K. Gerard (1989). "Paying General Practitioners: Shedding Light on the Review of Health Services", *Journal of Royal College of General Practitioners*, March 1989
- Gallefoss, F. og P.S. Bakke (2002). Effekter av astmaopplæring i en randomisert, kontrollert undersøkelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2702-6
- Gautun, H., E. Kjerstad og F. Kristiansen (2001). Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. SNF-rapport 75/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning. Bergen
- Glied, S. og J.G. Zivin (2002). How do doctors behave when some (but not all) of their patients are in managed care"? *Journal of Health Economics*, 21, 337-353
- Godager, G. (2003). Fastlegeordningen og det kommunale legearbeidet. Er det tilfeldig hvilke leger som påtar seg kommunalt legearbeid? HEROs skriftserie 2003:15, Universitetet i Oslo
- Gundersen, M., T. Lie, og S. Opedal (2001). "Bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste? – Evaluering av Samarbeidsprosjektet mellom Fylkessjukehuset i Haugesund, Haugesund kommune og Karmøy kommune" Rapport RF- Rogalandforskning 2001/152
- Guo, S., D.E. Biegel, J.A. Johnsen og H. Dyches (2001). Assessing the Impact of Community-Based Mobile Crisis Services on Preventing Hospitalization. *Psychiatric Services* 52 (2): 223-228
- Hagen, H. og T. Hatling (1996). Psykiatrisk poliklinisk virksomhet - en sammenligning av offentlig og privat praksis. Sintef-Unimed
- Heen, H., E. Johnsen, T. Mo Opdahl og H. Lurås (1996). Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. AFIs rapportserie nr. 2/96
- Helsedepartementet (september 2001). "Sykehusreformen – noen eierperspektiv." Rapport av 14.09.01
- Helsedepartementet og Sosialdepartementet. Statlig strategi 2004-2007. S@mspill 2007 Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet (desember 2004). Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år - erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003
- Helsetilsynet (november 2002). Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester Rapport nr. 11/2002)
- Helsetilsynet (februar 2003). På feil sted til rett tid? Korridorpatienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 Tilsynsrapport 2003/1
- Helsetilsynet (september 2003). Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Rapport nr. 8/2003

- Helsetilsynet (2004). Tilsynsmelding 2003. IK 2769 – 2004
- Helsetilsynet (februar 2004). Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport 4/2004)
- Hem, K-G. (2004). Økonomiske konsekvenser av interkommunalt legevaktssamarbeid. SINTEF Helse. Rapport 08/04
- Hickson, G.B. (1987). Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on a physician's practice behaviour in a randomized prospective study", *Pediatrics*, 80, 744-750
- Innst. S. nr.162 (2003-2004) Innstilling fra sosialkomiteen om nedbygging av funksjonshemmende barrierer
- Innst. S. nr.300 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap
- Jørgensvaåg, R., B. Paulsen og J. Magnussen (1998). Private spesialister og offentlig helsevesen. Sintef- Unimed
- Jøsendal, O. og S. Aase (2004). Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 506 - 7
- Kalseth, B., L. Midttun, B. Paulsen og L. Nygård (November 2004). Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste – oppgaveutvikling og samspill. SINTEF Helse og KS
- Kjekshus, L.E. (2004). INTORG - De somatiske sykehusenes interne organisering – En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. SINTEF Helse
- Krasnik, A. et al. (1990). Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice, *British Medical Journal*, 360, 1698-1701
- Kristiansen, I.S. og G. Mooney (1993). Remuneration of GP Services: Time for More Explicit Objectives? A review of the Systems in Five Industrialised Countries, *Health Policy*, 24, 203-212
- Kvamme, O.J., M. Samuelsson og F. Olesen (2001). Improving the interface between primary and secondary care. *Quality in Health Care* 2001; 10: 33-39
- Larsen, I.F. (2000). Diabetes hos ikke-vestlige innvandrere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2804-6 utg.
- Legekunsten Nr.4/1999. Intervju med tidligere leder for PSL, Berit Norling
- Legekunsten Nr.4/2001. Intervju med leder for PSL, Harald Guldsten
- Lie, S. (2000). Kommunal utenrikspolitikk, en oppgave for kommunelege ?" *Utposten* nummer 6, 2000
- Lurås, H. (2004). General Practice. Four Empirical Essays on GP Behaviour and Individuals Preferences for GPs. Working Paper 2004:1, Health Economic Research Programme (HERO), University of Oslo
- Lurås, H. og T. Iversen (2002), Legemangelen som ble til pasientmangel: Variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordning. *Økonomisk Forum*, nr. 8, November 2002
- Mandt, M-B., og S. Lundvall. Hvorfor så nøkternt, doktor? *Utposten* Nr 5 2001
- Moen, H. (2004). Færrest mulig kontordører å gå gjennom... - en kartlegging av den koordinerende enhet for re-/habiliteringsvirksomheten i kommunene. SKUR-rapport 2004/5
- Murrey, J.P. et al. (1992). "Ambulatory testing for capitation and fee-for-service patients in the same practice setting: relations to outcomes", *Medical Care*, 30, 252-261
- Møller, B., H. Fekjær, T. Hakulinen, L. Tryggvadøttir, H.H. Storm, M. Talbäck og T. Haldorsen (2002). Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2020. *European Journal of Cancer Prevention*, Vol 11 Suppl 1
- Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (2001). Utdanning av leger i sykehusbaserte spesialiteter. *Utredning* nr. 1
- Newhouse, J. et al. (1989). Adjusting Capitation Rates Using Objective Health Measures and Prior Utilisation, *Health Care Financing Review*, 10(3): 41-54
- Newhouse, J. (1992). Pricing and Imperfections in the Medical Care Marketplace, in P. Zweifel and H.E. Freck (eds.) *Health Economics Worldwide*, 3-22, Kluwer Academic Publishers
- Newhouse, J. (1996). Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection, *Journal of Economic Literature*, 34: 1236-1263
- NOU 1992:1 Trygghet – Verdighet – Omsorg
- NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus
- NOU 1998:18 Det er bruk for alle
- NOU 2000:19 Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse?
- NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune
- NOU 2001:22 Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer
- NOU 2003:3 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten
- NOU 2004:13 En ny arbeids- og velferdsforvaltning
- NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren
- NOU 2004:18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

- Opinion AS (2004). Tiltro til leger og helsetjenester. Landsomfattende omnibus 10. – 12. mai 2004
- Ot. prp. nr. 48 (1985 - 86). Lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover
- Ot. prp. nr. 12 (1998-99). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Ot. prp. nr. 66 (2000-2001). Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)
- Ot. prp. nr. 3 (2002-2003). Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover
- Ot. prp. nr. 54 (2002-2003). Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Pasientombudet. Årsrapport 2003. Helse Sør
- Petersen, S.Ø. (september 2004). Fremskrivning av behovet for sykehus tjenester i Helse Sør 2003-2020. SINTEF Helse
- Petersen, S.Ø. (oktober 2004). Fremskrivning av behovet for sykehus tjenester i Helse Øst 2003-2020. SINTEF Helse Rapport
- Regionale helseforetaks strategigruppe for samhandling og desentralisering (2004). Rapporter lagt ut på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside på Internett
- Ressurscenteret for omstilling i kommunene (desember 2004). Bestiller-utførermodell i pleie- og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler. Rapport fra RO utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet høsten 2004
- Romøren, T.I. (2003). Velferdsstat og velferdskommune. Iverksettingen av Handlingsplan for eldreomsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag. Oslo: NOVA, rapport 12-2003
- Ruud, T., E. Lidal, K. Røhme, M. Sitter og H. Hagen (2004). Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003. SINTEF Helse Juni 2004
- Rådet for psykisk helse (mai 2004). Verdig liv. Rapport
- Samnordisk Arbetsgrupp før prognos- och specialistutbildningsfrågor (2002). Den framtidiga lekararbetsmarknaden i Norden
- Scott, A. and J. Hall (1995). "Evaluating the effects of GP remuneration: Problems and prospects", Health Policy, 31, 183-195
- SINTEF Helse Samdata Sykehus Rapport 2/02
- SINTEF Helse. Samdata psykisk helsevern. Sektorrapport 2003. Sammenligningsdata for psykisk helsevern. Rapport 2/04
- SINTEF Helse (november 2004). Rusklienter og tjenester før "rusreformen". En tverrsnittundersøkelse. SINTEF-rapport
- Sletnes, I. (2003). Juridiske rammebetingelser for interkommunalt samarbeid om særlovsoppgaver. HiO-rapport nr. 12 for 2003
- Solholm, K. (2003). Organisering av fastlegeordning i fire europeiske land, Arbeidsnotat 2003:2, Senter for helseadministrasjon, UiO
- Sosial- og helsedepartementet (august 1999). Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Rapport fra Sosial- og helsedepartementet, 1999 I-0971 B
- Sosial- og helsedepartementet (september 2001). Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Rapport 14. september 2001. I-1044 B
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger. IS-15/2003
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Gjennomgang av det faglige tilbudet i opptreningsinstitusjonene : rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Sammenlikningstall for kommunene 2004
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129 -33
- Statens helsetilsyn (1997). Veileder om "faglige krav til fødeinstitusjoner" - 1-97
- Statens helsetilsyn (1999). Gamle i sykehus : innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling. Statens helsetilsyns utredningsserie; 1999:7 IK-2697
- Statens helsetilsyn (1999). Scenario 2030 - Sykdomsutviklingen for eldre frem til 2030, Utredningsserie 6 - 99
- Statens Kunnskaps- og Utviklingssenter for helhetlig Rehabilitering (2004). Den koordinerende enhet for re-/ habiliteringsvirksomheten i kommunene - en kartlegging. Rapport 7/12 2004
- Statens Kunnskaps- og Utviklingssenter for helhetlig Rehabilitering (2004). Individuell plan - en type praksis. Kommuneundersøkelsen årsskifte 2003/2004. Skur's rapportserie 2004/2
- Statistisk sentralbyrå. Levekårsundersøkelsen 2002
- Statistisk sentralbyrå (2002). SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten, Sluttrapport fra pilotprosjektet, Rapporter (RAPP 2002/13)
- St.meld. nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet
- St.meld. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring
- St.meld. nr. 26 (1999-20) Om verdier for den norske helsetenesta
- St.meld. nr. 17. (2002-2003). Om statlige tilsyn



- St.meld. nr. 40 (2002-2003) Om Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne
- St.meld. nr. 45 (2002-2003) Om Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene
- St.meld. nr. 5 (2003-2004) Om Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten
- St.prp. nr. 63 (1997-98) Om Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006
- St.prp. nr. 1 (2002-2003) For budsjetterminen 2003. Utgiftskapitler: 700-797 og 2711-2790  
Inntektskapitler: 3700-3751, 5577, 5578
- St.prp. nr. 1 (2004-2005) For budsjetterminen 2005. Utgiftskapitler: 700-761 og 2711-2790. Inntektskapitler: 3700-3751, 5577 og 5578
- Stuck, A.E., A.L. Siu, G.D. Wieland, J. Adams og I.Z. Rubenstein (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-6
- Stølen, N.M., T. Køber og D. Rønningen (2002). Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2002. Rapport 2002/18. Statistisk sentralbyrå
- Sæther, E.M. og I.T. Olsen (1997). 96% public. The Private/Public Mix In The Norwegian Health Sector. Dis Report 1997: 1. Diakonhjemmets internasjonale senter, Oslo
- Economist (2004). The Health of Nations – A survey of health care finance, July 17th 2004, *The Economist*
- Thommesen, H. (2002). Kommunenes arbeid med individuell plan ett år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft. SKUR's rapportserie 2002/2
- Thommesen, H. (2004). Individuell plan - en type praksis. Kommuneundersøkelsen årsskifte 2003/2004. SKUR's rapportserie 2004/3
- Trefjord, S. og T. Hatling (2004). Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH). Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003. SINTEF Helse
- Utredning 2004 Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten -Et trygt system. Justisdepartementet
- Utsi'a. Informasjonsavis fra Sykehuset Innlandet HF (desember 2004). Nr. 4/04
-

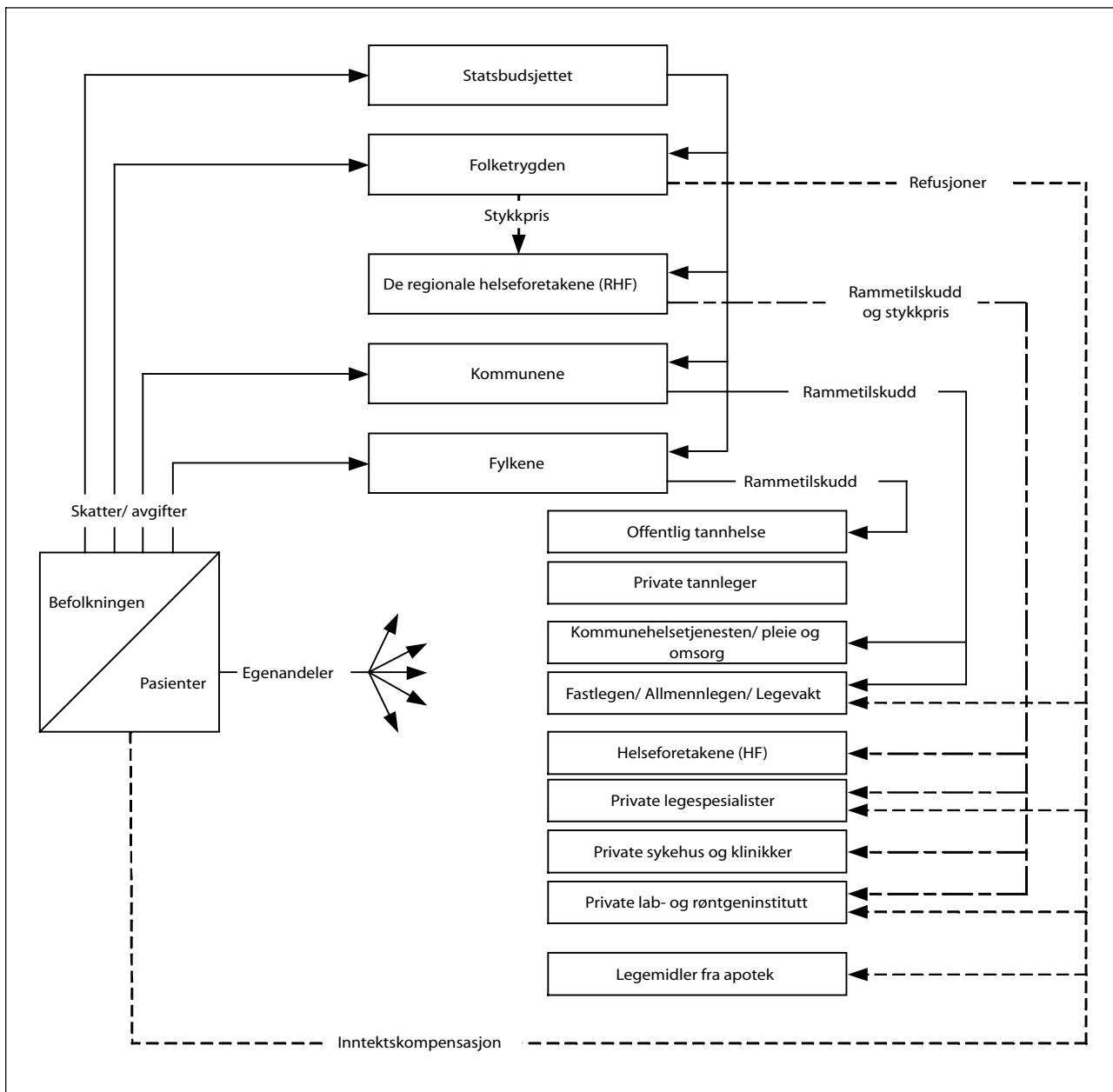
**Vedlegg 1****Kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter**

Tabell 1.1

	Regnskap 2003
<i>Helse Nord RHF</i>	
Helse Finnmark HF	412 000
Universitetssykehuset i Nord- Norge HF	2 337 000
Hålogalandssykehuset HF	1 814 000
Nordlandssykehuset HF	5 244 000
Helgelandssykehuset HF	724 000
<i>Sum Helse Nord</i>	10 531 000
<i>Helse Øst RHF</i>	
Aker universitetssykehus HF	374 000
Akershus universitetssykehus HF	Ikke praktisert
Sykehuset Asker og Bærum HF	Ikke praktisert
Sykehuset Østfold HF	1 900 000
Sykehuset innlandet HF	Ikke praktisert
Sunnaas Sykehuset HF	Ikke praktisert
Ullevål Universitetssykehus HF	175 000
<i>Sum Helse Øst</i>	2 449 000
<i>Helse Vest RHF</i>	
Helse Stavanger HF	2 500 000
Helse Fonna HF	Ikke praktisert
Helse Bergen HF	2 863 000
Helse Førde HF	212 000
<i>Sum Helse Vest</i>	5 575 000
<i>Helse Midt RHF</i>	
St Olavs hospital HF	10 500 000
Helse Nordmøre og Romsdal HF	430 000
Helse Sunmøre HF	1 200 000
Helse Nord- Trøndelag HF	Ikke praktisert
<i>Sum Helse Midt</i>	12 130 000
<i>Helse Sør RHF</i>	
Blefjell HF	286 000
Det norske Radiumhospital HF	Ikke praktisert
Psykiatrien i Vestfold HF	Ikke praktisert
Rikshospitalet HF	Ikke praktisert
Ringerike sykehus HF	Ikke praktisert
Sykehuset Buskerud	Ikke praktisert
Sykehuset i Vestfold	300 000
Sørlandet Sykehus	92 000
Sykehuset i Telemark	437 000
<i>Sum Helse Sør</i>	1 115 000
<b>Totalt hele landet:</b>	<b>31 588 000</b>

**Vedlegg 2**

# Finansieringskart



Figur 2.1 Finansieringskart

**Vedlegg 3**

## **Samarbeid i Trondheim**

Tabell 3.1 Oversikt over tiltak som har vært iverksatt som følge av samarbeidet mellom St.Olavs Hospital HF og Trondheim kommune.

---

Felles planer for tiltak og tjenester Avtaler	Felles psykiatriplan 1997 Medisinsk rehabilitering 1996 Utskrivningsklare pasienter 1994 Psykiatriske pasienter 1997 Overordnet avtale om håndtering av samarbeid 2001 Rehabilitering 2001 Habilitering av barn 2001 Akuttfunksjoner/legevakt 2002 Habilitering av voksne 2002 Personer med psykiske lidelser/ rusproblemer – etablering av botiltak 2003 Ansvarsavklaring 1. og 2. linjes rehabilitering 2004
Tiltak iverksatt ved St.Olavs Hospital for å lette samarbeidet	Hukommelses- og fallpoliklinikk. Geriatrisk team Tverrfaglige praksiskonsulenter
Tiltak iverksatt i Trondheim for å lette samarbeidet	Etablering av undervisningssykehjem Transittavdeling på et kommunalt sykehjem for utskrivningsklare pasienter 5 innsatsteam bestående av sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og aktivitør som jobber med utskrivningsklare pasienter for å lette overgangen fra sykehus til hjemmet Ressurssenter for demens som jobber med pårørende og demenspasienter Utvikling av et felles helsenett Kommunal koordinator lokalisert på St.Olavs hospital for å lette uttaket av utskrivningsklare pasienter Fast stasjonering av 2 kommunalt ansatte på St. Olavs hospital som vurderer behov og fatter vedtak vedr. helse- og omsorgstjenester til utskrivningsklare pasienter
Felles tiltak (sykehus og kommune) som skal lette samarbeidet	Samlokalisering av legevakt og skadepoliklinikk Intermediær-avdeling på et kommunalt sykehjem Hospiceavdeling for døende kreftpasienter på et kommunalt sykehjem

---

---