

Samhandlingsreformen er generasjonspolitik

AV ARE HELSETH

Norge har en av verdens beste helsetjenester. Vi bruker mest penger på helse i Europa. Og vi tilbyr like tjenester til alle uavhengig av privat økonomi. Vi har som mål å tilby likeverdige helsetjenester i hele landet med en krevende geografi, og klarer dette minst like godt som andre land med mye fjell og fjorder. Vi har flest leger og sykepleiere i forhold til innbyggertall og har hatt en særlig stor vekst i sykehustjenester og «blålys-medisin» i forhold til aktivitetsvekst for helsegrupper med lavere status i sykdomshierarkiene. Den korte fortellingen er derfor at vi bruker mye ressurser, har mange leger og sykepleiere og mange sykehusavdelinger. Da er det fristende å tenke: la oss fortsette slik. Vi kan velge å holde dagens kurs, og vi er kanskje det eneste landet i verden som rent økonomisk er i stand til det i mange år.

Men dagens kurs er ikke perfekt. Dagens organisering og dagens tjenester har mangler. Dagens kurs vil ti og tjue år fram i tid ikke være bærekraftig når målet er at alle skal få like gode helsetjenester. Og selv om vi har en av verdens beste helsetjenester så inneholder helsehverdagen mange paradokser.

- Ett paradoks er at dyktige øre-nese-hals leger kan operere døvfødte barn slik at de får hørsel. Og med hørsel kan de lære å snakke. Men samtidig klarer vi ikke alltid å få systemene til å snakke sammen på tvers av avdelinger eller mellom sykehus og kommune når det er viktig for pasienten.
- Det er et paradoks at våre hjertekirurger kan gi alvorlig hjertesyke et nytt hjerte. Men vi klarer ikke alltid å gi nok hjertevarme til de mange som er ensomme eller redde.
- Det er et paradoks at våre nevrokirurger kan sette tynne ledninger inn i hodet på pasienter med Parkinsons sykdom, finne de syke cellene og stimulere disse med elektriske impulser slik at mange pasienter blir mye bedre eller bra og klarer seg i dagliglivet. Men på samme tid klarer vi ikke alltid å sende de elektriske signalene for ferdig digitaliserte røntgenbilder mellom to sykehus i samme by gjennom bredbåndskabler som allerede ligger der.



Are Helseth

er en norsk lege og politiker (Ap). Han er 1. vararepresentant til Stortinget fra Akershus siden 2009. Medlem helse- og omsorgskomiteén.

Vi har god helse i Norge. Vi lever lenge. Siden andre verdenskrig har gjennomsnittlig levealder øket 7,2 år for menn og 8,8 for kvinner. Helsetjenesten har bare en liten andel av æren for dette. Bedre folkehelse skyldes i første rekke bedre levestandard for alle og bedre utdannelse. Vi blir derfor flere og friske eldre de neste tiårene. Selv om eldre er friskere enn før så vil mange ha behov for behandling og omsorg, og størstedelen av helsetjenestene vil alltid trenge i livets siste måneder uavhengig av hvor lang gjennomsnittlig levealder blir. Samtidig blir de nye årskullene som trer inn i arbeidslivet mindre. Dette er hovedutfordringen for framtidens helsetjenester i Norge. I løpet av de neste 20 årene vil det være behov for 95 000 til 135 000 nye årsverk i helse- og omsorgstjenestene slik de nå er organisert. I samme periode vil tilgangen på nye årsverk være 100 000 årsverk. Og i tillegg til helse vil vi trenge nye medarbeidere i skole, handel og industri. Her ligger vår største utfordring. Som eneste land i Europa har vi og kommer vi til å ha mye oljepenger. Det gir oss mulighet til å bruke mye penger på helse og det skal vi gjøre. Men penger er en mager trøst når det blir mangel på gode hoder og varme hender. Det er sagt at i Nordsjøen fant vi bare olje og ikke sykepleiere. Det blir tydelig i framtida. Men den gode nyheten er at gapet mellom behovet for nye medarbeidere og tilgangen først blir betydelig noen år fram i tid. Det gir mulighet til å planlegge slik at ressursen medarbeidere i helsetjenesten brukes på riktig måte.

Samhandlingsreformen tar tak i denne utfordringen. Siden stortingsmeldingen ble lagt fram har jeg deltatt i og fulgt de mange debattene, og helse- og omsorgskomiteén har hatt åpne høringer med sektoren og interesseorganisasjoner. Det er godt nytt for framtidens helse-Norge at alle ytringer på tvers av partier og interesseorganisasjoner gir sin støtte

både til situasjonsbeskrivelsen og utfordringsbildet som fremkommer i regjeringens stortingsmelding. Det betyr allmenn tilslutning til en ny kurs som innebærer at vi skal forebygge mer, vi skal samhandle bedre, vi skal levere mer av helsetjenestene der folk bor og sykehusenes oppgaver skal spisses inn mot moderne og avansert medisinsk utredning og behandling.

Den videre debatt om Samhandlingsreformen vil blant annet dreie seg om enkeltelementer, gjennomføring, lokale tilpasninger og finansiering av nye planer og prosjekter. Vi skal ha alle disse debattene. Noen avklares nå og noen senere. Arbeidet med Samhandlingsreformen passer best for tålmodige politikere og arbeidet vil pågå over tid. Trygg justering av kurs på en supertanker som den norske helsetjenesten skjer gradvis. Et eksempel på en viktig og vellykket reform i norsk helsetjeneste er Opptrappingsplanen for psykisk helse. Den ble planlagt gjennomført over åtte år som var den tid man trengte for å utdanne fagfolk, komme med bevilgninger og reise bygg. Ved slutten av åtte års perioden ble det bestemt å utvide reformperioden med to nye år.

Det er enighet om at vi kan og skal forebygge mer. Det beste helsetilbudet vi kan gi folk er at de ikke blir syke. I debatten hevdes det at den beste forebyggingen oftest ikke har resultater før flere år fram i tid. Det kan ikke være et argument for ikke å gjøre det. De største utfordringene for norsk helsetjeneste begynner seks-åtte-ti år fra nå. Verdens helseorganisasjon (WHO) er optimistisk og sier at 80 prosent av hjerteinfarkt, 90 prosent av diabetes og 30 prosent av kreft kan forebygges eller utsettes ved endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner. Vi ser i vårt eget land at det nytter. Redusert inntak av mettet fett, salt og sukker har ført til nedgang i hjertesykdommer. Aktiv tobakkspolitikk har ført til at flere slutter eller ikke begynner. I dag er røykeandelen blant unge i alderen 16 til 24 år 18 prosent. Vi bør sette oss et mål om å halvere dette før 2020! Livsstilssykdommene er fremtidens svøpe for unge mennesker. For lite fysisk aktivitet og for mye junkfood kan føre til at dagens unge kan bli første generasjon som lever kortere enn sine foreldre. Det kan vi ikke la skje.

Det er enighet om at leddene i helse- og omsorgstjenestene må samhandle bedre på pasientens premisser. Samhandlingsreformen vil føre til forpliktende avtalesystemer mellom sykehusene og hjemkommunene og foreslår at det etableres en lovfestet koordinatorrolle for pasienter med særlig krevende samhandlingsbehov. Vi må også forenkle og standardisere IT-systemer slik at melinger kan sendes og mottas på tvers av organisasjonsgrenser. Men politikken kan ikke regulere all samhandling og samarbeid på detaljnivå.

Derfor må vi ha debatter og dialoger som løfter samhandling opp og inn i fagetikken i helsetjenesten. De gamle Hippokratiske dyder var knyttet til at behandleren var en. I moderne medisin er tverrfaglighet nødvendig og da må samhandling bli en selvfølgelig del av fagenes etikk.

Det er enighet om at mer helsetjenester skal gis der folk bor – i kommunene. Dette skal gjøres når tjenestene lokalt blir minst like gode og iverksettes når tjenestetilbudet er etablert. Organiseringen av tjenestene må tilpasses lokale forhold fordi befolkning og geografi varierer, og fordi slik organisering langt på vei allerede er etablert mange steder. Og erfaringene er gode. Vi vet derfor at det er mulig. Mange ildsjeler har skapt gode løsninger for sine pasienter på tross av de overliggende systemer. Med Samhandlingsreformen skal nå alle få hjelp av systemet til å gjennomføre. De gode eksemplene er gradvis oppbygget over år, og viser det alle vet at tjenesten er avhengig både av lokaler og fagfolk. Oppbyggingen og overføringen av ansvar kan ikke gå fortere enn farten på rekrutteringen. Kommunene må ha økonomi for å ta dette ansvaret. Dette skal skje gjennom de økonomiske rammene til kommunene og ved at kommunene får overført de midlene som sykehusene i dag bruker på opphold for utskrivingsklare pasienter. Stortingsmeldingen beskriver også muligheten for ytterligere økonomisk stimulering overfor kommunene eksempelvis ved medansvar for enkelte typer sykehusbehandling.

Det er enighet om at sykehusene skal spise sine oppgaver inn mot avansert medisinsk utredning og behandling. Vi vet at fagenes utvikling er akselererende og at ny behandling ofte er kostbar. Våre sykehus settes i stand til å ta del i denne utviklingen når medisinske oppgaver som kan desentraliseres blir desentralisert. Vi skal fortsette å satse på sykehusene. Budsjetter og kostnader vil fortsette å øke. Men det er nødvendig å justere veksttakten til «litt mindre mer». Da bruker vi den begrensede ressursen fagfolk på riktig måte.

Samhandlingsreformen er helsepolitikk for mange år fremover. I debatten i Stortinget i april 2010 trakk vi opp de overordnede politiske linjene: forebygge, samhandle, styrke kommunehelsetjenesten og spisse spesialisthelsetjenesten. I gjennomføringen vil vi trenge ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og en ny Nasjonal helse- og omsorgsplan. Alle vil komme til politisk behandling etter høring i løpet av høsten 2010. Videre må gjennomføringen følges opp i arbeid med hvert enkelt statsbudsjett og de årlige kommuneproposisjoner.

Gjennomføringsutfordringen ligger i at vi skal ha stabil drift i samfunnets døgnkontinuerlige helse- og omsorgs-

tjenester samtidig som vi justerer kursen. Derfor må vi bruke tid. Helse og utdanning må samarbeide. Mange løsninger ser vi godt nå. Men alle riktige tanker er ikke tenkt enda. Målet på suksess vil vi fullt ut registrere ti år fram i tid. Hvis vi da er godt og riktig organisert vil det kunne

være nok helsepersonell til å gi behandling og omsorg til alle. Alternativet er at det ikke er det, og da kan trygghetsgodet helse bli et marked hvor privat økonomi deler mellom de som får og ikke får.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: are.helseth@stortinget.no



TORMENTA (STORM)