

Samhandling i helsetjenesten

AV TERJE JOHANNESSEN

Flere offentlige helseutredninger har konkludert med at samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten er for dårlig. Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten var en av de prioriterte oppgavene som Forum for organisasjonsutvikling i sykehussektoren jobbet med. Forumet ble opprettet som en oppfølging av Steine-utvalgets utredning om intern organisering og ledelse i sykehus – NOU 1997:2 «Pasienten først!» Nå er forumet lagt ned, og de regionale helseforetakene har fått ansvaret.

Mangelfullt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehus er et globalt fenomen. De to nivåene i helsetjenesten fungerer alt for mye som parallelle virksomheter, der kommunikasjonen er tilfeldig og ufullstendig, og ressurser gjerne brukes dobbelt opp. Pasientene opplever mangelfull overføring av medisinske data fra et behandlingsledd til et annet, forvirrende informasjon, lange ventetider, travelhet og helsepersonell som klager på hverandre. De føler seg utrygge. Tradisjonelt har man forsøkt å løse disse problemene med å øke ressursene på sykehussiden, noen ganger i primærhelsetjenesten, men i liten grad har myndighetene fokusert på tiltak som fremmer helhetlige løsninger.

Mangelfull kjennskap til hverandres arbeidssituasjon gjør det vanskelig å samhandle. Stadig mer spesialiserte sykehusleger vil gjerne rydde plass til mer avansert medisin gjennom å overlate en del av sine oppgaver til allmennlegene. Men allmennlegene har verken tid, ressurser eller kompetanse til å ta på seg enda flere oppgaver.

Hvilken helsetjeneste vil vi ha?

Både helsetjenesten selv og våre politikere har fastsatt helsepolitiske mål som tilsier en helt annen samordning av helsetjenesten enn det vi ser i dag:



Terje Johannessen

52 år gammel. Allmennpraktiserende lege i Trondheim 1978-98. Deltok i Gastrogruppen Trondheim, et forskningssamarbeide mellom gastroenterologer og allmennleger, 1980-92. Professor i allmennmedisin ved NTNU fra 1993. Deltok aktivt i omleggingen av medisinstudiet i Trondheim og var ansvarlig for lege-pasient-kurset som går over to år. Sentral i etableringen av Nidaroskongressen. Var leder for Senter for samhandling i Sintef Universitetssykehuset i Trondheim. Redaktør av Norsk Elektronisk Legehåndbok siden 1996.

- En mer helhetlig og samhandlende helsetjeneste
- Høyere kvalitet og mer likeverdige medisinske tilbud
- Bedre ressursutnyttelse og utføring av oppgaver på laveste effektive omsorgsnivå
- En serviceinnstilt helsetjeneste
- Informerte pasienter som deltar i de medisinske beslutninger

Utfordringer

Manglende eller tilfeldig kontakt mellom nivåene og aktørene er en av de sentrale utfordringene i dagens helsetjeneste. I forbausende liten grad finnes et organisert samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten og i forvaltningen. Det er heller ikke tilfredsstillende kommunikasjon mellom de ulike profesjonene i helsetjenesten.

Kontakten mellom primærleger og sykehusleger er stort sett basert på personlige bekjenskaper og lokale ildsjeler. Utveksling av informasjon om hvordan man tenker seg samarbeid, er ofte preget av enveis kommunikasjon, og da gjerne fra sykehuset til primærlegene. En del av kommunikasjonen oppleves av primærlegene som direktiver fra sykehuset om hvordan primærlegen skal forholde seg – f.eks. gjennom endring av rutiner, skifte av skjemaer, stengning av avdelinger. Denne situasjonen oppleves provoserende.

Kontakten mellom nivåene i forvaltningen, kommune og stat (tidligere også fylkeskommunen) er også utilfredsstillende. Etter den statlige overtakelsen av sykehusene kunne

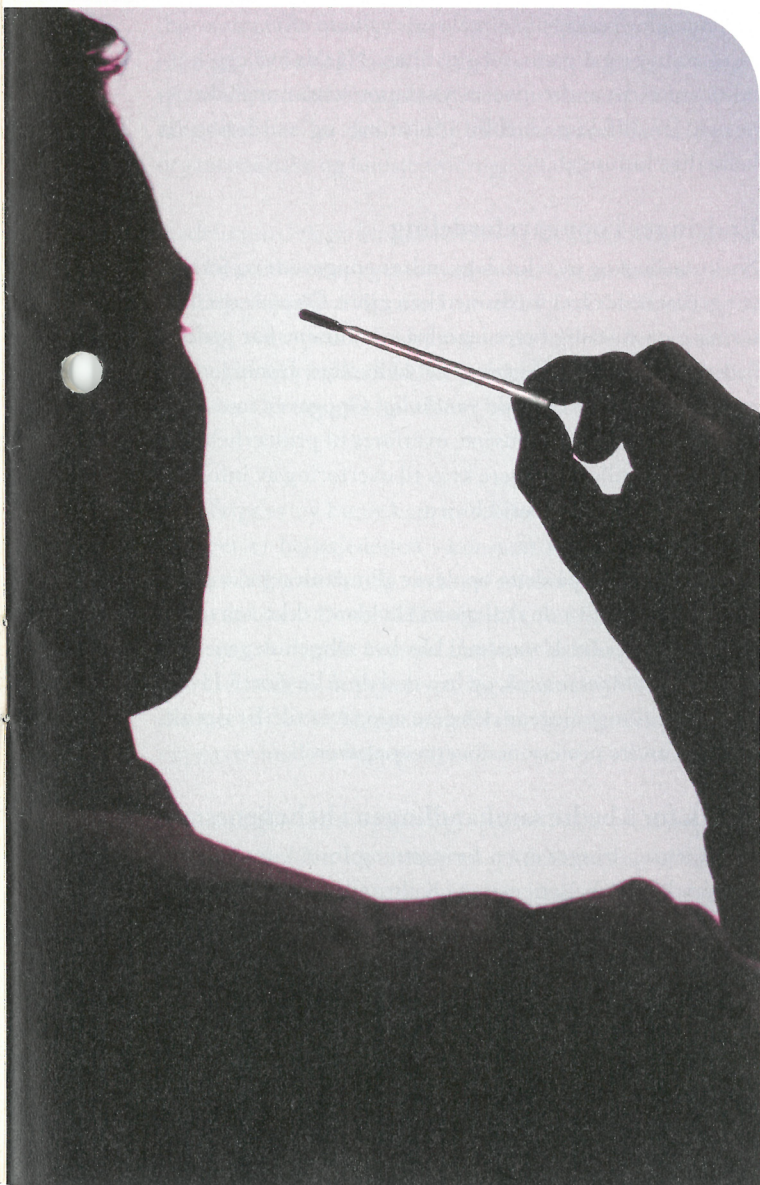
man håpe på en bedring, men så langt er det få tegn til det. Planlegging og ressursbruk i de to nivåene er dårlig koordinert og bidrar til at tilbudene fra de to tjenestenivåene på mange områder ikke er tilpasset hverandre. Altfor mye baseres på tilfeldigheter, og det savnes en kontinuerlig dialog om felles løsninger.

Pasientens perspektiv

Forskjeller i faglig kvalitet på det arbeidet leger og annet helsepersonell gjør, fører til ulikheter i helsetilbudet til pasientene. Uklare grenseoppganger mellom nivåene gjør at noen allmennleger er (for) raske med å henvise, andre er (for) sene. Noen henviser mange pasienter, andre få. Tilsvarende ser man ved sykehusenes poliklinikker at enkelte leger eller spesialiteter driver en betydelig kontrollvirksomhet av pasienter som allmennlegene kunne håndtert, med derav følgende kapasitetsproblemer og økt ventetid for nye pasienter.

Pasientene opplever at vi i Norge har to atskilte helsetjenester. Når behandlingen overføres fra allmennlegen til spesialisten/sykehuset, må man stille seg i en ny kø, sykehistorien må gjenfortelles, nye prøver og undersøkelser må utføres.

ILLUSTRASJONSFOTO



Helsepersonell informerer for dårlig. Særlig forsømmes opplæring av pasienter med kroniske sykdommer eller risikotilstande. Kunnskap kunne bidratt til at pasienter tok større ansvar for egen helse, og de ville føle økt trygghet. I stedet trekkes pasientene inn i et sterkt avhengighetsforhold til legene og med et høyt forbruk av legetjenester.

Under sykehusopphold er mange, både leger og annet helsepersonell, involvert i utredning og behandling av pasienten. Informasjon kan for pasienten oppleves forvirrende og kanskje motstridende, siden den kommer fra ulike personer. I tillegg er pasienten i en mental og fysisk tilstand som gjør vedkommende lite mottakelig for informasjon. En viktig konsultasjonstype i allmennpraksis er derfor pasienter utskrevet fra sykehus som kommer for å få vite «hva skjedde på sykehuset? hva mente de?».

Allmennlegens perspektiv

Siden allmennlegen skal forholde seg til hele det medisinske fagfeltet, er faglig oppdatering en utfordring. Gammel kunnskap forvitrer, ferdigheter som anvendes sporadisk taper seg, ny kunnskap og informasjon strømmer på. Og pasienter og spesialister forventer at allmennlegen til enhver tid er oppdatert, klarer å tilegne seg den nye kunnskapen og endrer sin kliniske atferd.

Allmennmedisinske retningslinjer bestemmes ofte av spesialistene, uten at allmennlegene involveres. Det oppleves provoserende og frustrerende fordi beslutningene kan være urimelige, uforenlige med allmennpraksis eller de medfører administrativt ekstraarbeid.

Allmennlegen arbeider alene med sine pasienter. Mange av oss er lite flinke til å innhente råd fra kolleger på legesenteret. Denne isolerte tilværelsen gjør at uheldige arbeidsvaner og mangler i det kliniske arbeidet kan få utvikle seg uten at noen gjør legen oppmerksom på det. Faglig underlegenhet i forhold til spesialister, som jo er naturlig, kan for mange bli en barriere for å ta kontakt, fordi man ikke ønsker å vise sin «uvitenhet».

Ventetider på sykehus og poliklinikker skaper problem for allmennlegen når pasienten må henvises videre. Særlig gjelder det i situasjoner hvor allmennlegen mener det haster. Selv om telefonisk kontakt ofte kan løse slike problemer, kan det være vanskelig og tidkrevende å spore opp ansvarlige personer på sykehuset som kan gi råd eller ta raske beslutninger. Fritt sykehusvalg med upålitelige oversikter over ventetider gjør dette ekstra vanskelig.

Sen utsending av epikriser er ofte et problem. Pasienter kommer til kontroll eller det oppstår komplikasjoner etter

utskrivelsen, og allmennlegen mangler informasjon om hva som har skjedd og hva som bør gjøres videre. Ofte blir resultatet en ny og kanskje unødvendig innleggelse. Epikrisens utforming kan også være en kilde til irritasjon. Den er utformet for å dekke avsenders og i mindre grad mottakers behov. Råd om videre oppfølging, kontroller, råd og klinisk veiledning kan mangle.

Tidspress rir allmennlegene som en mare. Oppgaver og forventninger fra pasienter, trykdeverk, sykehus og helsetilsyn gjør at tiden ikke strekker til. Pasienter går oftere til lege enn før, de presenterer flere problemstillinger og de forventer at legen løser deres problem straks. Legen kommer på defensiven og må konsentrere seg om å effektivisere «bestillingen». Et langsiktig og planmessig perspektiv på kontroller, forebyggende tiltak og journalføring må skyves til side for å oppfylle dagens bestilling. Særlig pasienter med kroniske og kompliserte problem får et mangelfullt tilbud.

Sykehusets perspektiv

Sykehusene observerer stor variasjon i kvaliteten på allmennlegenes arbeid, særlig gjennom henvisningene. Terskelen for henvisning varierer betydelig fra allmennlege til allmennlege fordi legene selv fastsetter kriteriene for henvisning. Sykehusene belastes med trivialiteter, andre ganger henvises pasienten for seint. Annenlinjetjenesten har ingen kultur på å gi kritiske tilbakemeldinger. Det er også vanskelig å returnere henvisninger fordi det er tredjepart, pasienten, som rammes. Dette gjør det krevende å korrigere allmennlegenes henvisningspraksis.

Misnøye med henvisninger skaper irritasjon, frustrasjon og merarbeid. Noen henvisninger er så upresise at sykehuslegen ikke fatter hva bestillingen er. Henvisninger kan være ufullstendige og viktig informasjon kan mangle. Med dagens elektroniske pasientjournaler i allmennpraksis kan henvisningen med «klipp-og-lim»-metoden bli så omfattende at det blir en tidkrevende jobb å finne ut hva problemstillingen er. Andre ganger er sykehuslegen uenig i at pasienten i det hele tatt blir henvist.

En del pasienter krever vedvarende oppfølging av allmennlegen etter at sykehuset har avsluttet sin behandling. Denne overføringen av ansvar svikter enkelte ganger. Det kan også være slik at allmennlegens oppfølging er vilkårlig og uten plan, slik at behandlingen blir dårligere og pasientens tilstand forverres. Det er vanligvis ingen tilbakereportering til sykehuset om hvordan det går med pasienten. Mistro til allmennlegens kompetanse gjør at sykehusleger noen ganger vegrer seg for å overføre ansvar for pasienter til allmennlegene

Sykehusavdelingene kan ha vansker med å få fatt i allmennlegen. I situasjoner hvor man trenger ekstra opplysninger eller ønsker å gi spesiell informasjon, kan det by på problemer å få gitt slik informasjon direkte til allmennlegen.

Administrasjonens perspektiv

Dårlig kontakt mellom sykehus og kommuner medfører at planlegging av helsetilbud kun skjer innenfor eget nivå. Tiltak fra det andre nivået, sykehuset eller kommunehelsetjenesten, som kommer på tvers av egen planlegging, skaper frustrasjon. Erkjennelsen av gjensidig avhengighet er mangelfull. Presset på spesialisthelsetjenesten påvirkes av hvordan primærhelsetjenesten løser sine oppgaver og vice versa.

Kliniske miljø tenderer til å «planlegge» uten at forvaltningen inviteres med. Krav fra klinikerne vil kunne oppleves provoserende fordi det ikke er rom for tiltakene på budsjettene, tiltakene er i konflikt med administrasjonens planer og tiltakene vil kunne kreve organisatoriske endringer.

Det mangler verktøy til å måle og evaluere effekten av administrative og organisatoriske tiltak. Når da i tillegg kontakten med det andre nivået (sykehuset/ kommunehelsetjenesten) er tilfeldig, uteblir utforming og vurdering av helhetlige løsninger.

Endringer i oppgavefordeling

Ny kunnskap og ny teknologi endrer oppgavene og forskyver grensene for hva medisinen kan gjøre. Økende spesialisering gjør at stadig færre leger på sykehusene har generalistkompetanse. Planlegging av helhetlige løsninger for pasientene blir tilsvarende vanskelig. Oppgaver som tidligere ble utført på sykehusene, overføres til primærhelsetjenesten. Det stiller strengere krav til overføring av informasjon og kompetanse i førstelinjen.

Som en reaksjon på dette opplever allmennlegene at grensen er nådd for hva de skal gjøre. De klarer ikke å ta unna. Viktige helsepolitisk spørsmål blir hva allmennlegene skal bruke sin kompetanse på, og hva skal de ikke gjøre? Hvem kan f.eks. allmennlegene delegere oppgaver til? Er det aktuelt å la andre profesjoner overta oppgaver?

Tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenesten

Holdningsendringer er en forutsetning for å kunne oppnå samhandling i helsetjenesten. Kulturelle skiller må rives ned, det må skapes en dialog basert på likeverd og involvering. Vi må i høyere grad erkjenne at helsepersonell har et



tjenesten, som kommer på tvers av egen planlegging, skaper frustrasjon. Erkjennelsen av gjensidig avhengighet er mangelfull.

Presset på spesialisthelsetjenesten påvirkes av hvordan primærhelsetjenesten løser sine oppgaver og vice versa.

Kliniske miljø tenderer til å «planlegge» uten at forvaltningen inviteres med. Krav fra klinikerne vil kunne oppleves provoserende fordi det ikke er rom for tiltakene på budsjettene, tiltakene er i konflikt med administrasjonens planer og tiltakene vil kunne kreve organisatoriske endringer.

Det mangler verktøy til å måle og evaluere effekten av administrative og organisatoriske tiltak. Når da i tillegg kontakten med det andre nivået (sykehuset/ kommunehelsetjenesten) er tilfeldig, uteblir utforming og vurdering av helhetlige løsninger.

Endringer i oppgavefordeling

Ny kunnskap og ny teknologi endrer oppgavene og forskyver grensene for hva medisinen kan gjøre. Økende spesialisering gjør at stadig færre leger på sykehusene har generalistkompetanse. Planlegging av helhetlige løsninger for pasientene blir tilsvarende vanskelig. Oppgaver som tidligere ble utført på sykehusene, overføres til primærhelsetjenesten. Det stiller strengere krav til overføring av informasjon og kompetanse i førstelinjen.

Som en reaksjon på dette opplever allmennlegene at grensen er nådd for hva de skal gjøre. De klarer ikke å ta unna. Viktige helsepolitisk spørsmål blir hva allmennlegene skal bruke sin kompetanse på, og hva skal de ikke gjøre? Hvem kan f.eks. allmennlegene delegere oppgaver til? Er det aktuelt å la andre profesjoner overta oppgaver?

Tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenesten

Holdningsendringer er en forutsetning for å kunne oppnå samhandling i helsetjenesten. Kulturelle skiller må rives ned, det må skapes en dialog basert på likeverd og involvering. Vi må i høyere grad erkjenne at helsepersonell har et

felles ansvar for pasientene – våre forutsetninger er forskjellige men komplementære, og vi må akseptere at endringer er nødvendige. Slike endringer krever en arena for samarbeid der fagre ord omsettes til handling.

Vi snakker varmt om et helhetlig perspektiv på et pasientforløp. Men hvordan sikrer vi at pasienten opplever sitt møte med helsepersonell på ulike steder og i ulike profesjoner, som et møte med én tjeneste? For å bedre samhandlingen mellom sykehuset og primærhelsetjenesten bør det etableres en tverrfaglig organisasjon av praksiskoordinatorer, dvs. klinikere fra sykehuset og fra primærhelsetjenesten. Deres oppgave vil være å analysere dagens samarbeid mellom nivåene, identifisere områder der samarbeidet er for dårlig, foreslå tiltak og være inspiratorer og pådrivere for de nødvendige endringer.

Danskene har innført dette systemet ved samtlige sykehus. Ordningen er innført noen steder også i Norge, men ordningen burde være obligatorisk med sikker finansiering, dvs. som en fast budsjettpost, for å unngå nedleggelser som følge av manglende «prosjektmidler». Ordningen må kombineres med et administrativt kontaktråd og et overordnet faglig samarbeidsutvalg. Kontaktrådet bør bestå av representanter fra regionale og lokale helseforetak, kommunene, fylkeslegeetaten, trygdeverket, legene, omsorgstjenesten, rehabiliteringstjenesten og eventuelt andre. Kontaktrådet bør ha det overordnede ansvaret for å foreslå organisatoriske og budsjettmessige tiltak.

Avdelingsoverlege/klinikkledelse og kommuneoverlegenivået bør etablere et eget samarbeidsutvalg som møtes jevnlig. Deres oppgave vil være å omsette i praktisk handling de forslag som praksiskoordinatorene utarbeider innenfor henholdsvis sykehuset/helseforetaket eller kommunehelsetjenesten. Eventuelle konflikter bør også håndteres på dette nivå.

Som følge av ny kunnskap, ny teknologi og endrede prioriteringer er helsetjenesten i konstant forvandling. Ressursene er begrensede, og vi ser en sterkere statlig styring av ressursbruken. Dette vil få konsekvenser for oss alle. Det er ikke gitt at dagens kompetansekrav er tilstrekkelige til å løse fremtidens oppgaver på legekontoet. Viktige utfordringer vil være kompetanseforskyving og delegering av oppgaver mellom helsepersonell.

Opplæringstiltak for pasientgrupper vil være et annet prioritert område. Økt kjennskap til sykdommen og økt kunnskap om hva man kan gjøre selv som pasient, kan gi tryggere pasienter, bedre behandling, færre komplikasjoner og økt motivasjon for å etterleve de råd som blir gitt av helseperso-

nell. Det er viktig at denne undervisningen blir gitt av dem som har det langsiktige ansvaret for oppfølgingen av pasienten. Undervisere bør være personell som pasienten kjenner, og som pasienten kan ta kontakt med når usikkerhet og problemer melder seg. Slik undervisning bør derfor fortrinnsvis gis av personell som arbeider ved legekontoet, på helsestasjonene, i hjemmesykepleien og ved sykehjemmene.

Innføringen av datateknologi har ført til en stille revolusjon i norsk allmennpraksis og har medført effektivisering av rutiner, større sikkerhet i prosedyrer og forbedret kvalitet på ulike tjenester. Neste steg i denne utviklingen er vi midt oppe i med utbyggingen av helsenett og økende utveksling av helsedata. Danske erfaringer har vist at innføring av IT har vært en katalysator for samhandling i helsetjenesten. Men innføringen av nettbaserte tjenester må ikke skje over hodet på oss. Som klinikere må vi være med å sikre at vi får IT-tjenester som fremmer og ikke hemmer vår virksomhet. Praksiskoordinatorordningen bør bli en arena for brukerstyrt utvikling av kliniske IT-verktøy.

Et nasjonalt kompetansesenter for samhandling?

Skal vi satse mer på samhandling i helsetjenesten, trengs et eget kompetansesenter. Et senter som utvikler ekspertise innenfor området, og som kan bli den faglige drivkraften i arbeidet med å bedre samhandlingen.

ILLUSTRASJONSFOTO

