

Samhandlingsreformen

– status så langt

Samhandlingsreformen skal fremme og kvalitetssikre helhetlige pasientforløp, folkehelse-tiltak og tilbud til pasientene nærmere der de bor. For å sikre reformens intensjoner, forplikter den nye helse- og omsorgstjenesteloven kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler. Hva er så fremdriften i arbeidet og hvilke endringer har reformen medført – så langt?

Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid legger opp til at oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, over tid skal overføres til kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den bruker sin spisskompetanse mer effektivt, mens kommunene i større grad skal håndtere pasientgrupper med sammensatte lidelser («gråsonepasienter») – herunder psykisk syke, rusavhengige, pasienter med sykkelig overvekt og diabetes-, hjertesvikt- og KOLS-pasienter. Kommunene kan velge om de vil kjøpe tjenester fra spesialisthelsetjenesten eller bygge opp alternative tilbud lokalt. Innen 2016 skal kommunene ha på plass øyeblikkelig hjelp-tilbud og ulike intermediært tilbud.

Selv om samhandlingsreformen kun er et halvt år gammelt og det ennå er tidlig å si noe om dens langsiktige effekter, ønsker vi å vite hvilke tanker og erfaringer leger i forskjellige deler av landet gjør. Utposten har bedt kolleger om å besvare følgende spørsmål:

- ❶ Hva anser du – fra ditt lokale ståsted – som de mest positive effektene av samhandlingsreformen?
- ❷ Hvilke konsekvenser har reformen for dine pasienter?
- ❸ Hvilke tiltak eller prosesser har reformen ført til i ditt distrikt eller din arbeidsarena?
- ❹ Hvordan kan samhandlingsreformen fremme behovene til pasientgrupper som i dag tilligger «gråsonen» mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?



Torunn Christiansen,
FASTLEGE I ØKSNES (NORDLAND)

❶ Det positive er at vi er blitt tvunget til å sette oss sammen med helseforetaket og med nabokommuner for å jobbe frem samarbeidsavtalene. Mye kan sies om prosessene. Følelsen av å være «lillebror» som må godta det «storebror» bestemmer, er definitivt tilstede. Likevel er det nyttig med dialog; det er også nyttig å formalisere eksisterende rutiner samt legge til nye rutiner ut fra kravene som stilles. Vi har også gjennomgått kommunens egen virksomhet og gjort forbedringer i informasjon flyt. Dette gjelder korrekt informasjon i innleggesskriv og koordinering av informasjon om og ivaretagning av utskrivningsklare pasienter. Jeg håper reformens fokus på forebygging skal bidra til at færre får livsstilssykdommer, at færre får rusproblemer, og at færre barn med psykisk syke foreldre blir syke selv.

❷ Noen få av mine pasienter er blitt sendt innom sykehjemmets korttids plass etter utskrivning fra sykehuset og før hjemreise. Jeg er usikker på om dette ville vært annerledes uten samhandlingsreformen, da jeg bor i en kommune som i 2011 klarte å ta unna alle utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Jevnt over defineres pasientene som utskrivningsklare tidligere enn før, men sykehjemmene har så langt klart utfordringen godt. Kommunal ø-hjelpsseng er ennå ikke etablert, skjønt her har vi hatt en praksis med avtale om å bruke ledig kapasitet på sykehjemmene til korte opphold for avklarte pasienter som er for syke til å være hjemme. En positiv indirekte konsekvens for pasientene er at journalopplysningene er mer korrekte. Dette øker pasientsikkerheten.

❸ Det er etablert en koordinerende enhet der de ulike kommunale helsetjenester fordeles. Her meldes utskrivningsklare pasienter. Be-

hovene deres avklares slik at de får rett omsorgsnivå. Vi har tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling og videokommunikasjon med de muligheter det medfører for bedre kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten og andre aktører i behandlingsskjeden.

Det er ellers igangsatt prosesser hva gjelder avtalene med helseforetaket både på lokalt og regionalt plan. Som tillitsvalgt sitter jeg i et lokalt samhandlingsreformteam og i en regional arbeidsgruppe som skal jobbe frem avtaleforslag. Så langt bærer dessverre prosessen preg av hastverk. Vi som kommuner er i realiteten ikke likeverdige parter i forhold til helseforetaket; vi har begrenset innflytelse på avtalenes innhold. Det jobbes annerledes med de resterende tjenesteavtalene, og vi håper at prosessen fremover blir mer fruktbar enn den var før inngåelse av de første avtalene.

❹ Ved at kommunene bygger opp kompetanse for å håndtere indremedisinske utfordringer, smertelindring, kreftomsorg og diabetes, blir vi i økende grad i stand til å ta oss av flere av pasientene våre selv. Slik kan eldre og skrøpelige pasienter slippe unødvendige sykehusinnleggelse. Vi kan gjøre mer av det palliative arbeidet lokalt. Kreftpasienter som ofte ser det som et ork å reise inn til sykehuset for å få cytostatika, kan få behandling lokalt. Vi kan bruke egne ressurser også i opplæring og kursing, etter hvert som flere lærings- og mestringsentre desentraliseres.



Anette Fosse, FASTLEGE OG SYKEHJEMSLEGE I MO I RANA (NORDLAND)

❶ Kommunene har begynt å snakke sammen! Helgeland består av 18 kommuner med folketall fra 497 (Træna) til 25652 (Rana), mye kyst og mye fjell, store avstander, fire region-sentra og lange tradisjoner for lokaliseringstrider. Gjennom arbeidet med samarbeidsavtalene fant alle de 18 kommunene sammen

for å stå sterke overfor Helgelandssykehuset. Dette øker førstelinjens innflytelse på arbeidet med samarbeidsavtalene, og kan bidra til at den videre utviklingen av helsetjenesten på Helgeland samordnes bedre.

Vi har jobbet med samhandling lenge før samhandlingsreformen. Det er møysommelig og langsiktig arbeid som handler om samarbeidet rundt enkeltpasienter, klinisk faglig

systemsamarbeid, administrativt/organisatorisk samarbeid, IT og ledelse. Målet er å gi pasientene et velfungerende og samordnet helsetilbud ved å avklare hvem som gjør hva og når, og å minimalisere alt plunder og heft i hverdagen. Forbedringspotensialet er fortsatt stort.

Samarbeid er person- og systemavhengig. Personlig samarbeidsevne kan hemmes eller fremmes av det systemet vi jobber i. Samhandlingsreformen har allerede bidratt til å sette fart på utvikling av lokale samarbeidssystemer mellom sykehus og kommuner og interkommunalt. Økt fokus på samhandling bidrar til at vi blir mer oppmerksom på det som ikke fungerer. Forventningene til at det skal kunne skje forbedringer øker. Det er et godt utgangspunkt.

② Den sentraldirigerte oppstarten av reformen satte fokus på utskrivningsklare pasienter med økonomi som hovedvirkemiddel. Økonomi er «potent medisin» som gir både ønsket effekt og potensielt alvorlige bivirkninger. Den mest åpenbare konsekvensen hos oss er at sykehuset er raskere til å melde pasienter utskrivningsklare, og kommunen er raskere til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det fungerer bra når sykehuset har gjort nødvendig utredning og har igangsatt behandling, og når kommunen kan gi forsvarlig oppfølging. Slik er det ikke alltid. Vi fastleger og sykehjemsleger har et inntrykk av at fokuset på å få pasienten ut av sykehuset noen ganger blir større enn fokuset på å finne ut hva som egentlig feiler pasienten. Det rammer spesielt pasienter med uklare tilstander og mange sykdommer, dvs. hovedsaklig eldre. Dette er ikke et nytt fenomen som oppsto med samhandlingsreformen, men den har nok forsterket det. En slik tendens kan motarbeides ved å bruke samarbeidsavtalene aktivt til å kreve at sykehuset oppfyller kriteriene for når en pasient kan regnes som utskrivningsklar. Legekompetanse på kommunesiden i arbeidet med utskrivningsklare pasienter er antagelig nødvendig for å oppnå dette.

③ På legekantoret merker vi lite til reformen, bortsett fra at vi har større oppmerksomhet på om samarbeidet med sykehuset fungerer eller ikke fungerer. Jeg jobber som sykehjemslege i en korttidsavdeling, og merker den økte aktiviteten rundt utskrivningsklare pasienter. Kommunen hadde allerede før oppstart av samhandlingsreformen styrket korttidsstilbudet både når det gjelder antall plasser og når det gjelder lege- og sykepleierbemanning. Vi håndterer i.v. behandling, lindrende behandling, demensutredning, funksjonskartlegging osv. Stort sett fungerer samarbeidet med sykehuset bra, men vi er blitt mer nøye med å påpeke når sykehuset

ikke oppfyller samarbeidsavtalen i forbindelse med overflytting av pasienter. Det er planlagt evalueringsmøte i løpet av våren.

På Helgeland er det interkommunale samhandlingsprosjekter i gang i alle de fire tyngdepunktene (Rana, Vefsn, Sandnessjøen, Brønnøysund, med omkringliggende kommuner). Det planlegges lokalmedisinske senter i hvert område, dels som en fysisk bygning med sengeplasser og fagmiljø, dels som faglige nettverk som bidrar til at tilbud kan gis i hjemkommunen til pasienten.

④ En «gråsoner» er et område der ansvar og arbeidsdeling ikke er avklart. Det kan være faglig overlapp eller faglige hull. Det kan være et område som begge nivåer ønsker å dekke (f.eks. svangerskapsomsorgen) eller et nivå som ingen dekker godt nok (f.eks. utredning av funksjonssvikt hos skrøpelige eldre). Rus/psykiatri er et område som rammes av både hull og overlapp. Gråsonene kan finnes mellom kommuner og lokalsykehus og mellom lokalsykehus og universitetssykehus. Problemet for pasientene oppstår når de blir dyttet fra det ene nivået til det andre på grunn av ansvarsfraskrivelse og manglende samordning.

Vi har lenge jobbet med å avklare gråsonene lokalt på Helgeland og i Helse Nord. Samhandlingsreformen bidrar til at arbeidet blir mer prioritert. Spesielt på kommunenivå skjer det en bred mobilisering. Det jobbes aktivt med å beskrive og planlegge en styrking og utvidelse av det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Utfordringen er å sikre at forsvarlige tjenester er på plass i kommunene før sykehuset endrer sine tilbud. Dette er ingen selvfølge, men den arenaen som er skapt mellom helseforetak og kommuner i forbindelse med samarbeidsavtaleforhandlingene kan bidra til at utviklingen av det totale helsetilbudet blir mer sammenhengende og forsvarlig, slik at gråsonene etter hvert blir minst mulig.



Ottar Grimstad, KOMMUNEOVERLEGE I HAREID (MØRE OG ROMSDAL)

① Samhandlingsreformen har ført til bedre kontakt og samarbeid mellom sjukehus og primærhelsetjeneste og mellom kommuneoverlegar og leiting for omsorgstenestene i nabokommunene våre. Utskrivningsklare pasienter får kome raskare tilbake til heim-

Stikkord om samhandlingsreformen

HELSEPOLITISKE MÅL:

- redusere sykkelighet og styrke forebyggende helsearbeid
- mer helhetlige og koordinerte helsetjenester
- dempet vekst i forbruket av sykehustjenester, kommunene skal «levere mer»
- rett behandling på rett sted til rett tid
- bærekraftig helsetjeneste tuftet på kvalitetsmål

STRATEGIER OG VIRKEMIDLER:

- økt satsing på folkehelse, habilitering og rehabilitering
- bruker- og medarbeiderinnflytelse, avtalte behandlingsforløp
- forpliktende samarbeid mellom tjenesteaktører
- utvikle IKT
- kvalitetskrav til fastlegene
- styrke kompetanse i kommunehelsetjenesten
- kommunalt medfinansieringsansvar; betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud fra 2016



St. meld. nr. 47

(2008-2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

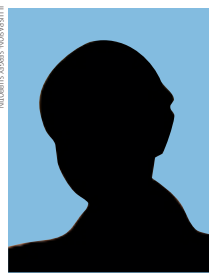


kommunen. Det har starta arbeid for å bedre kvalitet og tilbud i lokale omsorgstenester.

② Foreløpig er konsekvensane for pasientane små, bortsett for dei få som fekk kome raskare tilbake frå sjukehus da dei var ferdig der.

③ Mest konkret er planlegging av øyeblikkelig hjelp tilbud ved sjukeheimen – med standardheving av legebemanning og oppkvalifisering av pleiepersonell.

④ Foreløpig har ikkje samhandlingsreformen vesentleg effekt på gråsonerområda. Det vil nok fortsatt vere uklareheit om fagleg ansvar og økonomisk ansvar. Så lenge både kommuner og helseforetak er hardt økonomisk pressa, trur eg pasientane vil lide.



Tone Hagen, KOMMUNELEGE I STOR-ELVDAL (HEDMARK)

① Jeg er fastlønnet kommunelege i en utkantkommune med 2600 innbyggere. Jeg kan ikke si at jeg opplever noen positive effekter. Etter at samhandlingsreformen ble vedtatt, har kommunen utnevnt en koordinator som skal arbeide med saken. Det er en person uten helsefaglig bakgrunn. Vi bruker derfor en del tid på å gi vedkommende basiskunnskap.

② Intensjonen med reformen er at folk skal få flere helsetjenester lokalt, og at det skal legges større vekt på forebyggende arbeid. Vi ønsker å tilby mer akutthjelp på det lokale sykehjemmet. Det vil ikke være mulig hvis legevaktordningen sentraliseres og legevaktlegen sitter 10 mil unna. En forutsetning for at dette skal kunne gjennomføres, er at det er lokal lege tilgjengelig også på kveld og natt. Den andre forutsetningen er at det er sykepleierbemanning hele døgnet, også i ferier.

Samhandlingsmidlene som kommunen har fått i år, er allerede «oppbrukt» med nåværende antall sykehussinleggelses. Siden vi alltid har tatt imot utskrivingsklare pasienter, er det heller ikke mulig å spare noe på å være

mer aktiv her. Det er varslet at overføringene skal reduseres i årene fremover. Jeg kan ikke se hvordan man raskt skal kunne hindre at gamle folk blir syke. Enten må vi heve terskelen for sykehusinleggelses, eller så følger vi vår medisinske samvittighet og legger dem inn. I så tilfelle, sprekker kommunenes budsjett for sykehusinleggelses.

③ Kommunen har som nevnt en person uten medisinsk faglig bakgrunn som skal planlegge det hele. Legene, helsesøstrene, leder for sykehjemmet og sykepleierforbundet har kommet med innspill, men det er ikke kommet noe konkret ut av dette. Vi ønsker å øke innsatsen innen kostveiledning på skolene, og øke kapasiteten for barn og unge som trenger samtaler pga. psykiske problemer. Det finnes det ikke penger til å gjøre.

④ Jeg er redd for at i årene fremover vil de resurssterke forlange sykehusinleggelse når de mener de trenger det. For de mer beskjedne, vil terskelen for å få nødvendig helsehjelp bli høyere. Også hos gamle kronikere vil ofte sykehusets ressurser være nødvendig for diagnose og behandling. Jeg ser for meg at disse vil få dårligere helsetilbud. En annen sak er at «kontrollpasienter» på en del poliklinikker, burde få sin oppfølging hos fastlege i større grad enn nå. Dette gjelder pasienter som har vært utredet, men trenger kontroll av medisiner.



Ivar Thomsen, FASTLEGE I STAVANGER

① Det er vanskelig å forutsi de positive effekter av en reform som til helt nylig kun har fungert på skrivebordet. Det er et stort problem at reformen ikke er blitt pilotert, gitt de utfordringer dette medfører for kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Spørsmålet er om kommunene er i stand til å bygge opp nødvendig kompetanse til å ivareta oppgavene de er tiltenkt. For å vinkle dette positivt,

kan man si at reformen setter et skarpere lys på helhetlig pasientforløp der pasientene ikke skal oppleve et vakuum idet spesialisthelsetjenesten er ferdig med sin utredning og behandling. Kommunene får et definert ansvar for å etablere helsetjenester som ivaretar pasienten i det videre forløp, og dette vil forhåpentligvis hindre reinnleggelses og svingdørspasienter – som oppleves traumatisk for den enkelte pasient og som er ressursløsende for helsetjenesten. Dette er spesielt viktig når det gjelder pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

② Jeg håper på flere frisklivssentraler – dit vi kan henvise pasienter med livsstilssykdommer og livstilsproblemer. Dette tiltaket er viktig dersom vi skal klare å gjøre noe med de store livsstilssykdommene: overvekt, diabetes, hjertesykdommer, muskel-skjelett-lidelser og lettere psykiske og somatoforme lidelser. Jeg håper også det vil bli opprettet kommunale tilbud til pasienter med uavklarte tilstander som krever noe mer pleie, tilsyn og behandling enn det man kan håndtere i hjemmet.

③ Reformen har foreløpig ikke medført spesielle tiltak eller prosesser i mitt distrikt eller på min arbeidsarena. Vi har relativt nylig fått etablert elektronisk kommunikasjon og samhandling med den kommunale omsorgstjenesten, noe som gjør det lettere og raskere å overføre nødvendig informasjon mellom fastleger og omsorgstjenesten, eksempelvis medikamentlister.

④ Nettopp her har samhandlingsreformen et stort potensial, men det blir nok også krevende øvelser for landets 430 uensartede kommuner. Jeg tenker spesielt på gruppen med livsstilssykdommer og sammensatte tilstander. Mye kan gjøres i form av f.eks. gruppebehandling, møter og kurs, men det vil kreve kompetanseoverføring fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Dette er en kompetanse som de færreste kommuner har – og det blir utfordrende å bygge den opp.

Nok et viktig spørsmål er hvor godt forberedt fastlegene er på det som forventes av oss i henhold til samhandlingsreformen og den nye fastlegeforskriften. At det vil bli krevd mer av oss er åpenbart, men enn så lenge kan vi se langt etter økte ressurser. Vi innehar en nøkkelrolle for at reformen skal lykkes, men vi må ikke ende opp med svarteper.

Det som er **spennende**
og **viktig** for deg – er spennende
og viktig for **Utposten!**