

Samhandlingsutvalget har lagt ned et solidt arbeid i å identifisere flaskehalser

Fornuftig om samhandling

Samhandling innad og mellom tjenestenivåene har fått sin rettmessige oppmerksomhet gjennom Wisløff-utvalgets (Samhandlingsutvalget) innstilling (1). Vi vet at svikten i behandlingstilbudet ofte skjer i overgangene mellom ulike forvaltningsnivåer, institusjoner og behandlingssenheter.

Svikt oppstår ikke bare på grunn av ulikheter i lovverk, finansieringsordninger, kompetanse og kultur, men også på grunn av manglende iverksetting av enkeltstående, men effektive organisatoriske grep som vi vet vil forbedre samhandling. Utvalget har derfor stått overfor en stor utfordring i å kartlegge, analysere og foreslå tiltak som vil forbedre samhandling i et nasjonalt perspektiv. Vår oppfatning er at utvalget har lagt ned et solidt arbeid i å identifisere flaskehalser for god samhandling og at utvalget foreslår en egnet verktøykasse for videre arbeid med disse komplekse problemstillingene.

Mandatet for utvalget pekte på at hovedformålet med arbeidet er å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Hovedtrekkene i dagens funksjonsfordeling, der kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten, er lagt til grunn. De reformene som nylig er gjennomført, blant annet foretaksreformen, fastlegereformen, innsatsstyrt finansiering og rusreform I, har dannet utgangspunktet for utvalgets arbeid. Vi er svært fornøyd med at mandatet er utformet på en slik måte at det ikke åpner for enda en forvaltningsreform innen helsetjenestene. Reformen trenger tid til å virke før vi får god oversikt over virkningene, ikke minst når det innføres flere store endringer samtidig på områder som griper inn i hverandre. Vi må heller ikke glemme at omstillingen knyttet til omfattende organisatoriske og lovmessige endringer sliter på helsepersonellet. Dette innebærer en fare for at oppmerksomheten dreies bort fra den sentrale oppgaven: å gi god behandling til pasientene.

Det påpekes at utfordringen knyttet til samhandling er spesielt stor for pasientgrupper hvor ingen av tjenestenivåene alene kan tilby en helhetlig behandling. Dette gjelder spesielt innen kreftområdet, eldre med sammensatte sykdommer, terminalt syke pasienter og pasienter med kroniske lidelser. Forslagene til tiltak strekker seg fra enkeltstående praktiske ordninger til harmonisering av overordnet lovverk.

Vi deler utvalgets vurdering om at individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling. Reglene for individuell plan har eksistert i tre år, men planene er likevel ikke benyttet i tilstrekkelig grad. Det foreslås et målrettet informasjonsarbeid mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov. Det synes klart at også helsepersonell, administrasjon og forvaltning trenger opplæring. Videre foreslås det at kommunen skal være ansvarlig for arbeidet med individuell plan. Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt ha plikt til å medvirke når de yter tjenester til pasienter som har slik rett. En tydeliggjøring av ansvarsforholdene rundt individuell plan tror vi vil bidra til at ordningen vil bli lettere å håndtere og dermed få større utbredelse.

Det foreslås også å utvide bruken av praksiskonsulentordningen. Ordningen har som oppgave å bedre samhandlingen mellom syke-

husavdelinger og kommunehelsetjenesten og bidra til læring på begge nivåene. Vi mener det er viktig å skaffe arenaer for å formidle kunnskap mellom nivåene, og at praksiskonsulentordningen er meget hensiktsmessig for dette formål. I et samhandlingsperspektiv er kunnskap og forståelse for andre fagområder og virksomheter helt nødvendig.

Utvalget leverer en meget presis beskrivelse av den viktige rollen samfunnsmedisinere har for samhandling i helsevesenet. Den støttes fullt ut. Når dette ledsages av et forslag om å gi kommunene anledning til å pålegge fastlegene de samfunnsmedisinske oppgavene, frykter vi at dette er en mulighet kommunene vil gripe begjærlig. Det er liten grunn til å tro annet enn at det både vil bli enklere for kommunene å pålegge fastlegene disse oppgavene enn å rekruttere samfunnsmedisinere, og at denne løsningen vil bli flittig benyttet. Det er enda mindre grunn til å tro at det samfunnsmedisinske arbeidet styrkes ved en slik tilnærming. Fastlegene har valgt å spesialisere seg i et annet fag; allmenntilleggsmedisin. Resultatet kan bli at samfunnsmedisinen ikke lenger vil utøves i særlig grad på det kommunale nivå. Det stilles spørsmål ved om denne spesialiteten i det hele tatt kan overleve uten en kommunal forankring.

Et annet forslag vi undres over, er ønsket om endringer i finansieringen av fastlegenes virksomhet. Det foreslås at basistilskuddet skal gi større uttelling og at takster og egenandeler reduseres tilsvarende. Samtidig ønsker man styrking av takster knyttet til ivaretagelse av pasienter med store og sammensatte behov. Det er tids- og takster knyttet til psykiatri og rus. Det siste er en meget god tanke – den aktivitetsbaserte finansieringen bør reduseres for den enkelte konsultasjon, og styrkes for å bruke tid og prosedyrer på dem med store behov. Om man klarer å få gjennomslag for en vesentlig reduksjon av egenandelene – som faktisk er summen av utvalgets forslag – er imidlertid tvilsomt, selv om det hadde vært aldri så klokt. At økning i basistilskudd skulle føre til mer samhandling og bedre kronikeromsorg er vanskeligere å forstå, da dette er penger som tilkommer legene uavhengig av om pasienten ivaretas av fastlegen selv, eller i spesialisthelsetjenesten.

Mange av utvalgets konkrete forslag er imidlertid svært gode. Tas de til følge av sentrale myndigheter, kommuner, foretak og ikke minst helsepersonell selv, vil vi kunne gi pasientene et mer sømløst – og ved det et bedre – helsetjenestetilbud.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. NOU 2005: 3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2005.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president