



Fra presidenten: En samhandlingsreform er varslet

God samhandling forutsetter god ansvars- og oppgavedeling.

Bjarne Håkon Hanssen startet sin periode som helseminister med å reise rundt i helse-Norge. Han har sett noen av problemene som skapes av for dårlig samhandling mellom nivåene, men også eksempler på tiltak som kan forbedre kontakt og samarbeid. En samhandlingsreform er varslet. Den må gjennomføres målrettet og med forankring i god kunnskap om helsetjenesten og i samarbeid med de som jobber der. Det er avgjørende for et vellykket resultat.

Helseministeren har pekt ut dårlig samhandling mellom nivåene som det viktigste hinder for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Kontakten mellom kommuner og sykehus er ikke god nok, og det er forbedringsbehov også innen nivåene. Dårlig samhandling representerer et betydelig tap for kvaliteten ved utredning, behandling og oppfølging, noe som til sammen avgjør kvaliteten på pasientens møte med helsetjenesten. Mangelfullt samarbeid rammer alle pasienter, men hardest rammes pasienter med kompliserte behandlingsforløp, mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser, pasienter med kroniske eller sammensatte sykdommer, eldre og pasienter med behov for habilitering eller rehabilitering. Tilbakeføring og oppfølging av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunale pleie- og omsorgstjenester er spesielt vanskelig. God kontakt gjennom hele helsetjenesten om forebyggende arbeid, diagnostikk, behandling og rehabilitering er avgjørende for å ivareta den enkeltes behov og gi trygghet. God kontakt krever mer enn gode IKT-løsninger. Det må legges tilrette for utvikling av nettverk og kontakt mellom leger i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Rask implementering av den lovpålagte ordningen med pasientansvarlig lege kan bidra til dette og gi pasientene trygghet for at behandlende leger har reelle muligheter til å samarbeide.

Betydningen av god samhandling har vært erkjent lenge. Gode tiltak har vært foreslått og delvis iverksatt. Pasientansvarlig lege er lovpålagt, men på langt nær innarbeidet. Praksiskonsulentordningen utvikles og skal nå forsøkes også på distriktpsykiatriske sentre (DPS-er) og i NAV. Men det må et krafttak til for å sikre fortgang i implementeringen. Det må satses på interkommunalt samarbeid i langt større grad enn det gjøres, f.eks. om legevakt, pleie og omsorg og i samhandlingsflaten med spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsutvalg som finnes både i fastlegeordningen og med avtale-spesialistene, har muligheter for å benyttes bedre. Gode tiltak som ikke er iverksatt må bli en del av ministerens samhandlingsprosjekt. Behovet for nye tiltak må vurderes, bl.a. må finansieringssystemene innrettes slik at de stimulerer bedre til god behandling på riktig nivå – og til samhandling.

Det vil alltid være enklere å jobbe med utvikling av en avgrenset del av helsetjenesten enn å gjøre dette i samarbeid med andre. Tilsvarende er det enklere å jobbe med det enkelte samhandlingstiltak enn hele behandlingsskjeden. Men nivåer, tilbud og tiltak må henge sammen, og hvert nivå må være riktig dimensjonert vurdert ut fra god oppgavefordeling. Ansvar må plasseres tydelig for å unngå ansvarsforskyvning. Pasientgrupper som har behov for øyeblikkelig hjelp, planlagte kirurgiske inngrep, rus og psykiatri har ulikt behov,

og trenger tilpassede behandlingsskjeder. Tydelige behandlingsskjeder gjør også at f. eks. fastleger vil vite hva som skal gjøres i forkant av innleggelse, hvor pasienten skal henvises, og det vil bidra til at sykehuset kjenner tilbudet i kommunen ved utskriving. Dette skaper trygghet for pasientene.

Vil etablering av nye nivåer og tilbud mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bedre samhandlingen? Det er ikke åpenbart. Dagens distriktsmedisinske sentra er i stor grad etablert som løsning på geografiske utfordringer med lang vei til sykehus. Det kan det være godt grunnlag for flere steder i landet. Der hvor lang avstand ikke er et problem, kan oppgavene sannsynligvis bedre ivaretas i en rett dimensjonert primærhelsetjeneste i samarbeid med gode lokalsykehus hvor ansvar og oppgaver er tydelig fordelt. Det er ikke innlysende at nye behandlingsnivåer i seg selv gir bedre samhandling og helhet i tjenesten. Disse må også samhandle med nivået «under» og «over» og kan lage nye samhandlingsproblemer. Per i dag er heller ikke plassering av distriktsmedisinske sentra i behandlingsskjedene mht. eierskap, oppgaver og ansvar avklart på et nasjonalt nivå. I enhver behandlingsskjede bør oppgaver fordeles etter prinsippet om å tilby tjenestene på lavest effektive omsorgsnivå – LEON prinsippet. I en nylig publisert doktorgrad, viser Garåsen (1) at dødeligheten er lavere for pasienter som blir ferdigbehandlet ved en intermedieæravdeling på sykehjem, sammenliknet med sykehus. I følge Garåsen er årsaken til dette at ved sykehjemmet vurderes pasientens behov ut fra sykdomskonsekvens og funksjonsnivå, og behandlingen tilrettelegges i forhold til dette. Legeforeningen har i mange år påpekt at manglende muligheter for god medisinsk oppfølging i sykehjem også henger sammen med for liten og svært varierende legedekning.

Vi trenger mer dokumentert kunnskap om hvorvidt foreslåtte nye tiltak for å bedre samhandlingen er hensiktsmessige og bedrer kvaliteten i en behandlingsskjede. La oss først utvikle nivåene vi har i dag og lære oss å gjøre samarbeidet om og for pasientene godt her. Flere tidligere forslag til forbedring av samhandling er ikke eller kun delvis implementert. Legeforeningen deltar gjerne i arbeidet med å se på behovet for eventuelle nye tiltak. Men behovet for nye tiltak må vurderes også ut fra om de bedrer samhandlingen eller ivaretar andre målsettinger. Legeforeningen ser frem til arbeidet for en samlet plan for godt samarbeid om god helsetjeneste for alle.

Litteratur

1. Garåsen H. The Trondheim Model. Improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients. Short and long term effects. Doktorgradsavhandling. Trondheim: Medisinsk fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2008.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president