



Fra presidenten: Brikker i et puslespill

Forslag og vedtak om endringer i helsetjenesten har den senere tid kommet i rask rekkefølge. Vil alle enkeltbrikkene som nå legges, binde opp samhandlingsreformens innhold?

Regjeringen vil gjennom samhandlingsreformen legge til rette for at pasienter i større grad skal kunne behandles utenfor sykehusene. Det betyr oppbygging av kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten og skal, ifølge helseministeren, også kunne medføre at sykehusene i større grad skal kunne konsentrere seg om sin kjernevirksomhet – spesialisthelsetjeneste.

Som et ledd i samhandlingsreformen har regjeringen nå åpnet for at ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) skal omfatte spesialisthelsetjenester utført utenfor sykehus – også om de utføres av annet helsepersonell enn leger. Finansieringssystemer som gir incentiv til å få prioriterte oppgaver gjennomført også utenfor sykehus er utmerket. Men skal det gjøres av spesialisthelsetjenesten? Enkelte spesialisthelsetjenesteoppgaver vil når de utføres utenfor sykehus klart gi et bedre tilbud til pasienten, men det er svært få slike spesialiserte oppgaver. I utspillet fra departementet ser det ut til at man vil la spesialisthelsetjenesten overta oppgaver som går langt utover dette og som tilhører kommunehelsetjenesten – som for eksempel sårstell, oppfølging av kronikere, svangerskapskontroll og hudlidelser. Med en slik oppgavefordeling flyttes samhandlingsutfordringene helt ut til den enkelte pasient. Hvordan skal den enkelte pasient og pårørende forholde seg til råd fra hjemmesykepleier med faglig forankring i kommunehelsetjenesten hvis disse er forskjellige fra råd fra sykepleier forankret i spesialisthelsetjenesten? Kompetanseoppbygging gjennom tettere samarbeid på tvers av nivåene er heller ikke diskutert før man har konkludert om tiltak. Det er overraskende at man velger å konkludere om oppgavefordeling og finansieringsmodell lenge før man har konkludert om helheten i samhandlingsreformen.

Det er fastslått at det er mangel på leger i kommunehelsetjenesten. Det er Legeforeningen enig i. Denne utfordringen kan imidlertid ikke løses ved å nekte tilførsel av leger til sykehusene. Den medisinske teknologiske utvikling, eldrebølgen og behov for leger til å utføre prioriterte helsetjenester i rusbehandling, psykiatri, geriatri m.m. vil medføre behov for flere leger i sykehusene. Samtidig vil utviklingen kunne gjøre det mulig å flytte noen oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Allerede i dag ser vi at oppgaver som kan gjøres bedre og mer samordnet for pasientene hos fastlegen, gjøres på forskjellige poliklinikker av annet helsepersonell. Det må gjøres en kontinuerlig vurdering av oppgave- og ansvarsfordeling mellom helsetjenestens nivåer og ut fra dette vurdere kapasitet og kompetansebehov.

Ved sykehusene i dag vet vi at det er en utstrakt bruk av «grå stillinger». Det ansettes flere leger enn det avdelingen har hjemler til fordi det er behov for arbeidskraften. Det skaper særdeles utrygge arbeidsvilkår, og for leger i spesialisering en usikkerhet for om utdanningen blir godkjent. Det er et stort produksjonspress i syke-

husene, legene løper stadig fortere. Tid til gode samtaler med pasientene er for knapp. Mange opplever at de ikke får gjort jobben på en god nok måte. Slik vil vi ikke ha det. Endringer vil kunne skje dersom samhandlingsreformen kan bidra til økt behandlingsskapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Men det er det langt frem. Uansett må fordeling av ressurser og legeårsværk begrunnes i reelle og faglig veloverveide beslutninger. Fullt stopp i tilførsel av leger er et uegnet virkemiddel. Legeforeningen har nå foreslått at utdanningsstillinger for leger på sykehus i hovedsak skal være faste stillinger. Det vil gi ryddigere arbeidsforhold, god oversikt over legebehov og incentiv til bedre tilbud i et bedre organisert sykehus.

Det er positivt at departementet nå retter oppmerksomheten mot bedre helsetjeneste til eldre gjennom samhandling innen spesialisthelsetjenesten. Det er utarbeidet en Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenesten for eldre 2008–2012. Det skal satses på forskning, utdanning av personell, egen mestring og gjennomgang av finansieringsordninger. Man vil også satse på økt utdanningskapasitet av geriater. Det er viktig, men kan alene ikke møte behovet for helsetjenester til eldre. Alle spesialiteter må øke sin kunnskap om eldres særskilte sykdommer og behov innen eget fagområde. De sykeste eldre som bor på sykehjem, må få et godt allmennlegetilbud. Legedekningen ved sykehjem er altfor dårlig og kan ikke dekkes av sykehusspesialister på tilsyn. Legeforeningen foreslår nå å lage formaliserte faglige kompetanseområder hvor ett slikt område kan være alders- og sykehjemsmedisin som kan inkludere geriater, indremedisinere, allmennleger og ev. andre spesialiteter. Det vil heve kvaliteten på fagutviklingen samtidig som ansvar for å dekke allmennlege- og spesialisthelsetjenestebehov beholdes adskilt.

Legeforeningen har i arbeidet med samhandlingsreformen foreslått økt samarbeid mellom kommunene. Det bør etableres større helsekommuner for å styrke helsetjenestetilbudet, noe som kan være særlig nyttig i forhold til institusjonsplasser og legevakt. Et samarbeid mellom kommunene kan legge til rette for at en gruppe sykehjemsleger dekker flere sykehjem og kan inngå i en beredskapsordning som reduserer behovet for å bruke legevaktsleger. Legeforeningen har også foreslått at fastleger skal kunne legge pasienter inn i kommunehelsetjenesten, for eksempel på sykehjem. Dette kan være et bedre tilbud for mange og redusere behovet for sykehusinnleggelser.

Brikkene som nå legges, må sammen kunne danne en fremtidsrettet samhandlingsreform og må kunne justeres underveis. Oppmerksomhet må rettes både mot spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste for å gi en enda bedre og samhandlende helsetjeneste.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president