

Samhandlingsreforma – i korte trekk

AV LISBETH HOMLONG

Fleire fastlegar, større kommunalt ansvar for førebyggjing og rehabilitering, etablering av økonomiske insentiver for å stimulere kommunene til å gi betre og meir effektive helsetenester, koordinerte tenester for pasientar med samansette lidingar og utvikling av IKT-system for å effektivisere og kvalitetsforbetre helsetenesta – dette er nokre sentrale element i samhandlingsreforma som helse- og omsorgsminister

Bjarne Håkon Hanssen la fram i sommar.

Stortingsmeldinga tek mellom anna til orde for å opprette eigne helsekoordinatarar for pasientar med komplekse behov, meir offentleg arbeid for fastlegane, utbyggjing av kommunale lærings- og meistringsentra for risikantar og kronikarar og utarbeiding av ein såkalla nasjonal kjernejournal. Kva vil så dette få å seie for allmenn- og samfunnsmedisinsk arbeid?

Bakgrunn og formål

Samhandlingsreforma er den siste av ei lang rekkje store reformar i Helse-Noreg dei siste 10–15 åra. Det byrja i 1996, med dåverande helseminister Gudmund Hernes, som innførte innsatsstyrt finansiering av helsetenester. Utgangspunktet var då som no, dårleg utnytting av tilgjengelege ressursar, lange ventelister, store regionale forskjellar og frykt for svære kostnadssprekkar i framtida. Seinare har vi fått innført vurderingsgaranti, pasientrettighetslov og fastlegeordning, gått frå fylker til regionalt samarbeid og vidare til statleg eigarskap. I 2008 var utfordringane likevel dei same som 12 år tidlegare: ventelister, kostnadsvekst og for store regionale ulikskapar. Tida var dermed mogen for nye tiltak!

I august i fjor presenterte så helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen planen om å utarbeide ei ny reform for helsetenesta. Etter å ha tilrådt som statsråd tidlegare same år, brukte han ei veke på å reise land og strand rundt for å «ta pulsen» på Helse-Noreg. Diagnosen vart stilt og

gav utgangspunktet for ideen om samhandlingsreforma, som er tenkt å bøte på det som regjeringa meiner er hovudutfordringane i det norske helsevesen på sikt: fragmenterte tenester med behov for koordinering, for lite fokus på førebyggjing og avgrensning av sjukdom og sist, økonomisk bereevne. Det vart sett ned ei breidt samansett ekspertgruppe som skulle hjelpe ministeren med arbeidet. Resultatet vart presentert i juni i år; i ei stortingsmelding med slagordet «Rett behandling – på rett sted – til rett tid».

Koordinerte helsetenester

Det er eit solid dokument vi har fått i fanget, det er omfattande og grundig gjort greie for dei definerte hovudutfordringane, kva mål ein har med arbeidet, og ei lang rekkje tiltak er foreslått for å nå desse måla. Eit sentralt poeng er at mange pasientar med samansette lidingar i dag opplever at dei fell mellom to stolar. Dette gjeld til dømes psykisk sjuke, rusavhengige, pasientar med sjukeleg overvekt, diabetes-, hjartesvikt- og KOLS-pasientar. Reforma har som mål å sikre at desse gruppene skal få betre koordinerte helsetenester. Det er her fokusert på det ein kallar pasientforløp, altså at brukaren skal møte eit heilskapleg behandlingforløp prega av kontinuitet og samordning, herunder meir bruk av individuell plan og forslag om ein personleg pasientkoordinator.

Risikogrupper for å utvikle slike sjukdomar skal også prioriterast: det skal satsast på primærførebyggjing ute i kommunene. Det er tenkt at fastlegane skal yte meir på dette feltet, men også det kommunale helseapparatet for øvrig, i form av utbyggjing av helsestasjon og skule-helseteneste, likeeins etablering av lågterskeltilbod for helse- og risikantar. Den økonomiske biten er sentral her; det viktigaste grepet er å flytte finansieringsansvar frå stat til kommune. Dette skal motivere kommunene til å satse på førebyggjing, for å unngå bruk av dyre sjukehusenester. Dette medfinansieringsansvaret inneberer også at kommunene får økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasientar, noko som skal stimulere kommunene til å satse på pleie- og omsorgstenester lokalt. Eit døme er etablering av intermediær-avdelingar for utskrivningsklare pasientar. Det er for øvrig også foreslått å endre finansieringsordninga for sjukehusa, til større grad av rammefinansiering – dette for å hindre ikkje naudsynte sjukehusinnleggjingar og leggje betre til rette for behandling i kommunen.

Flere fastlegar og økt IKT-satsing

Fleire fastlegar er eit sentralt element i styrkinga av kommunehelsetenesta. Det er ønska å auke talet på fastlegar med 50 prosent. Det er mellom anna tatt til orde for at meir tid skal brukast på allmenmedisinsk offentleg arbeid, deltaking i rehabilitering samt arbeid i lærings- og meistringssentra. Kompetansebygging for å styrke portnerfunksjon og vurderingskompetanse på legevakt er også nemnt, samt sterkare kommunal styring av både fastlegen sine offentlege oppgåver og den kurative verksemda.

Eit viktig og visjonært tema i reformen er satsing på IKT. Målsetjinga er at elektronisk kommunikasjon skal vere den normale måten å utveksle informasjon på. Regjeringa vil satse på å styrke styringa av feltet, vurdere å innføre tidsfrister for oppkobling til norsk helsenett og utgreie utvikling av ein nasjonal kjernejournal. Dette skal vere ei IKT-løysing med ei avgrensa mengde kjerneopplysningar om pasienten, informasjon som autorisert helsepersonell kan få tilgang til.

Endra oppgåvefordeling?

Hovudpoenget med samhandlingsreforma er altså at det over tid må utviklast eit betre samarbeid mellom dei ulike aktørane i helse- og omsorgstenesta. I gjennomføringa av reforma skal det etter planen leggjast vekt på langsiktigheit, og at endra oppgåvefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetenesta må skje kontrollert. Når kommunene skal påta seg nye oppgåver, er det meininga at kompetanse- og rekrutteringsmessige føresetnader skal vere på plass på førehand. Det skal også sørgjast for at kommunene får dei naudsynte midla til å kunne gjennomføre tiltak. Målsetninga er at oppfølgjande lovproposisjonar skal fremjast i 2010 og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesten skal vere på plass i 2012.

Stortingsmeldinga har mange gode intensjonar og ei rekkje konkrete tiltak er føreslått, og dersom alt vert gjennomført vil det medføre omfattande endringar i helsevesenet si organisering. Tidlegare reformer har som nemnt ikkje løyst problema dei var tenkt til. Kva kan så gå gale denne gongen? Kompetansemangel i kommunene kan bremse arbeidet. Mange bekymrar seg for den økonomiske biten. Å få til samarbeid med fastlegane er sjølvstøtt viktig, og signala om sterkare kommunal styring over både arbeidsmengde og arbeidsform, er kontroversielt. Forskning viser dessutan at fleire fastlegar kan få motsett effekt på trykket i høve til spesialisthelsetenesta, enn det som er intendert, idet fleire tilviste pasientar i sum går opp. Primærførebygging på individnivå versus folkehelsearbeid på befolkningsnivå, er også eit tema til diskusjon, for vert vi egentleg friskare av at fleire fastlegar fortel oss kva som sunt og usunt? Kanskje må politikarane her ta styring på eit heilt anna nivå i samfunnet?