

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012. Hvordan har det gått, og hva er veien videre?

Samhandlingsreformen – hva nå?

Samhandlingsreformen er en koordinerings- og retningsreform, der økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skal fremme mål om helhetlige pasientforløp, mer forebygging, økt brukerinnflytelse og sikre en bærekraftig utvikling (1). Kommunene skal få et større ansvar, tjenester skal gis nærmere der folk bor og spesialist- og primærhelsetjenesten skal inngå forpliktende samarbeidsavtaler. Evaluering av samhandlingsreformen viser at det fortsatt er et stykke igjen før målene kan sies å være nådd.

Den første tiden var preget av forhandlinger knyttet til samarbeidsavtalene. Likeverd i forhandlingene sto sentralt i en veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet (2). Kommuner slo seg sammen og mobiliserte med sine beste folk innen jus, administrasjon og økonomi. Mange i hovedforhandlingene opplevde derfor at det var likeverd mellom partene. Pasientnært og helsefaglig har det derimot vært en asymmetri, der pasienter og helsepersonell fra kommunene har vært de svake partene. Dette fremgår av publikasjoner som er utgitt i samband med Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM) av delprosjektet Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS) (3).

Allerede første halvår uttrykte kommuneleger og ledere innen pleie- og omsorg flere bekymringer (4). Det kom en sterk økning i utskrivningsklare pasienter, og de ble meldt utskrivningsklare tidligere enn før. Ofte ble det ikke tatt tilstrekkelig hensyn til hvor dårlige pasientene var eller at de hadde andre samtidige kroniske sykdommer. Det ble vist liten fleksibilitet i forhold til kommunenes behov for tid til å planlegge. Reformen innførte dagbøter for pasienter som måtte vente på kommunalt tilbud. Det har man også i Danmark og Sverige, men til forskjell fra vår ordning tar de der hensyn til pasientens funksjonstap, og stiller krav om å involvere kommunene i planleggingen før utskrivning. I Norge har man lyktes med færre ventende pasienter i sykehus, men prisen er flere reinleggelse og flere pasienter i kommunene som må vente lenger på avlastning og plass i sykehjem (5).

Utvikling av helhetlige pasientforløp har vært et av samhandlingsreformens viktigste mål. Flere foretak har sett for seg en utvidelse av sine diagnosespesifikke behandlingslinjer til også å omfatte tiden både før og etter oppholdet. Kommuner har derfor opplevd økt trykk på spesialisering av tilbud og personell. Ideen om diagnosespesifikke pasientforløp i kommunene kan bunne i manglende kunnskap om forekomst av sykdom. Multisykdom foreligger hos nesten alle pasienter med behov for kommunale tjenester, og kommunen må ivareta hele pasienten med alle diagnosene. Diagnosegrupper som er store i sykehus, eksempelvis kols, hjertesvikt og slag, er lavfrekvente blant pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester. Diagnosespesifikke pasientforløp og spesialutdanning av helsepersonell i forhold til enkelt diagnoser er verken funksjonelt eller bærekraftig i primærhelsetjenesten.

Et sentralt tema i samhandlingsreformen har vært etablering av et kommunalt øyeblikkelig hjelp-døgntilbud. En tilskuddsordning ble etablert knyttet til sengeplasser i institusjon. Dette bidro til at mange kommuner valgte den mest lønnsomme løsningen: å inngå i et interkommunalt samarbeid om døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. Tilbudet ble mange steder samlokalisert med den lokale legevakten og gjerne lagt til et sentralt sykehjem, ofte i de samme kommunene som er vertskommuner for sykehusene. Slik har finansieringsordningen bidratt til en sentralisering av øyeblikkelig hjelp-tilbudet til mange skrapelige eldre og kronisk syke i stedet for å gi hjelp nærmere hjemmet.

Artikkelen i dette nummeret av Tidsskriftet om etablering av et øyeblikkelig hjelp-tilbud i seks mellomstore nabokommuner er derfor interessant på flere måter (6). Disse kommunene har utviklet et øyeblikkelig hjelp-tilbud i sykehjem i egen kommune. Etter deres erfaring har det styrket sykehjemmet faglig, gitt større fleksibilitet i bruk av sengekapasiteten og bedret samarbeidet mellom helsepersonell. De har også erfart at et tilbud nær pasientens hjem bidrar til økt pasientmedvirkning og samarbeid med pårørende. Disse kvalitetsene og tilgang til pasientjournalen gjør at vaktlegene føler seg tryggere i å kunne behandle dårlige pasienter.

Det vanligste forløpet har vært hjem – sykehus – hjem. Organisering av interkommunalt øyeblikkelig hjelp-døgntilbud og intermedisæravdeling for mottak av utskrivningsklare pasienter har for noen pasienter ført til korte mellomopphold i institusjon før, men hyppigst etter sykehusinnleggelse. Det kan gi pasienter et mer oppstykket forløp. Det var ikke intensjonen med reformen. Hvor mange pasienter det handler om, vet man ikke, men det gjelder hyppigst skrapelige eldre og kronisk syke. Det er disse som tåler transport og skifter av miljø aller dårligst.

Veien videre krever flere justeringer. Myndighetene har først og fremst benyttet regulatoriske og økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen. Det har virket, men uten en parallell fagutvikling oppstår lett utilsiktede effekter og fare for at positive virkninger kan bli forbigående. Den faglige asymmetrien mellom foretak og kommuner er en del av problemet med å få til effektiv samhandling. Skal primærhelsetjenesten bli en likeverdig part, må den bli likestilt med spesialisthelsetjenesten mht. forskning og fagutvikling. Organisering av kommunehelsetjenesten i mange små uavhengige enheter er også et hinder for at kommunene skal kunne ta et større ansvar i pasientbehandlingen. Stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste bærer bud om at myndighetene vil ta tak i manglende samarbeid innad i primærhelsetjenesten (7).

Anders Grimsmo
anders.grimsmo@ntnu.no

Anders Grimsmo (f. 1950) er dr.med., professor ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og har ledet en prosjektgruppe knyttet til Forskningsrådets program for evaluering av samhandlingsreformen. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. St.meld.nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
3. Grimsmo A, Kirchhoff R, Aarseth T et al. Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen. Prosjektkode 220553, Cristin-ID 416109. Oslo: Norges forskningsråd, 2015.
4. Grimsmo A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning 2013; 8: 148–55.
5. Samhandlingsstatistikk 2013–14. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.
6. Hole T, Barstad J, Teigen S et al. Øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i seks kommuner på Sunnmøre. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1553–7.
7. Meld. St. 26 [2014–2015] Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no