

”NOU 2005:3, ”Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste”

Høringsuttalelse fra Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Store pasientgrupper med syke eldre, pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, pasienter med rus og psykiske problemer i tillegg til funksjonshemmede får i dag mangelfull behandling grunnet for dårlig samhandling mellom behandlingsnivå og mellom behandlere på samme nivå.

Wisløff- utvalget ble opprettet med hovedformål å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen.

Det fullstendige mandatet til utvalget var omfattende og hadde klare føringer om opprettholdelse av dagens finansiering og funksjonsfordeling i tillegg til å påse optimal ressursutnyttelse.

Utvalgets sammensetning synes uheldig både med tanke på geografisk fordeling, lite vektlegging av klinisk ståsted og faglig bakgrunn. Seks av 10 medlemmer i utvalget var helseadministratorer. Utredningen er omfattende på totalt 156 sider, og ville vært tjent med en redigering med færre gjentakelser og tydeligere skille mellom situasjonsbeskrivelser og utvalgets tilrådinger.

Generelt sagt er det svært positivt at samhandlingsaspektet i helsevesenet blir satt på dagsorden både faglig og politisk. Utredningen har foretatt en grundig og god analyse av et komplekst felt. Viktige elementer av betydning for samhandling og mulige årsaker til svikt er til dels meget godt beskrevet. Vi savner imidlertid konkretisering av en del av de foreslåtte tiltak. Vi vil i vår uttalelse gå inn på felter vi mener burde vært behandlet eller fått mer plass og anmerke uenighet på noen områder.

Utvalget påpeker at samhandling med pasient og brukerorganisasjonene er viktig (10.2.1), men vi savner problematisering av brukerperspektivet knyttet til ujevne maktforhold mellom utøvere og pasientrepresentanter. Det anbefales at det innføres en bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven. *Reell* brukermedvirkning vil kreve opprettelse av nye strukturer utover etablering av brukerutvalg i helseforetakene og kommunene. Det er mange utfordringer knyttet til dette i praksis, for eksempel hvem brukerorganisasjonene representerer, hvor stor brukerrepresentasjonen skal være på ulike nivåer, hvordan brukerne skal honoreres for arbeidet og hvilke brukerrepresentanter som er representative. Dette kunne vært problematisert.

Det er positivt at utvalget så klart fastslår at god samhandling fordrer at aktørene i helsevesenet må ha tillit og respekt til hverandre, og at likeverdighetstenkningen må være utgangspunktet for samarbeid på alle nivå i helsetjenesten (9.3). Det påpekes også at tjenestene må være faglig trygge og innrettet i samsvar med nasjonale standarder (9.4), basert på kunnskap om hva som gir god effekt og ressursutnyttelse. Man har ikke problematisert det ujevne maktforhold som oppstår gjennom at nasjonale standarder ofte er basert på kompetanse utviklet i spesialisthelsetjenesten som ikke alltid kan tilpasses den allmenntilgjengelige virkelighet.

Figur 5.1, som er en god framstilling av dynamikken knyttet til oppgavefordelingsproblematikken, illustrerer samtidig hvordan utvalget definerer kompetanse, som noe det finnes mer av jo høyere enn kommer opp i nivå, og hvor egenomsorg representerer lavest kompetanse. Å definere en type kompetanse som mest høyverdig, er nok svært vanlig, og kan etter vår mening være et viktig hinder for reell likeverdighet og respekt. Dersom man mener at ulike kompetanser kan utfylle hverandre og dermed ha likeverdighet, vil arbeidet med utarbeiding av

nasjonale standarder også fordre mer likeverdig representasjon i utvalg og råd. Skal det gjennomføres, vil det deltakelse av flere allmennleger og andre fra primærhelsetjenesten. Også her er det utfordringer knyttet til representasjon og honorering. Dette er også en reell samhandlingsutfordring som burde vært tatt opp.

Når utvalget foreslår at det skal utvikles samhandlingsprogram for utvalgte pasientgrupper, og at samhandling skal være en del av grunnutdanningen for helsepersonell, mangler det en konkretisering for hvordan dette skal skje. Vi, som representerer en utdanningsinstitusjon, ser at vi har et viktig ansvar i formidling av holdninger, også knyttet til hvem som skal undervise medisinerstudenter. I dag foregår den klart største delen av undervisningen på høyspesialiserte sykehusavdelinger med høyspesialiserte leger, hvor kun et lite spekter av de pasienter som påtreffes i klinikken befinner seg. Samtidig er fagene med mindre prestisje de fagene hvor det er størst utfordringer til samhandling. Dette er sannsynligvis viktige grunnlagsproblemer som utredningen ikke har gått inn på. Når det gjelder videre og etterutdanningen er det et problem at kurs med deltagelse av flere yrkesgrupper i varierende grad gir godkjenning fra legeföreningen, f. eks godkjenner ikke spesialistkomiteen i psykiatri slike kurs, hvor nettopp samhandling om felles pasienter er viktige tema.

Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunene

Utvalget mener fastlegene i større grad må ta ansvar for pasienter med store og sammensatte behov. Samtidig beskriver at fastlegeevalueringen i liten grad har fokusert på fastlegenes oppfølging av pasienter med behov for helhetlige tjenester. Hvorvidt en bør få bedre oversikt over fastlegenes aktivitet før myndighetene som det foreslås tilføyer kvalitets og funksjonskrav i fastlegeforskriften er ikke drøftet.

Vi tror det er viktig at fastlegenes rolle som den øverste faglige ansvarlige i kommunehelsetjenesten stadfestes. Pleie og omsorgstjenesten i kommunene bør hovedsaklig kommunisere med fastlegen, og ikke direkte med spesialisthelsetjenesten slik utvalget beskriver og oppfordrer til bl.a. ved utskrivninger. Vi tror dette er destruktivt for samhandlingen internt i kommunene, og mellom sykehus og fastleger, og medvirker til at fastlegen får en mer beskjeden rolle enn nødvendig i forhold til pasienter med behov for samhandling og helhetlige tjenester. SINTEF- rapport *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill* som er referert, viser til at "et for tilfeldig samarbeid mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten synes å være viktige utfordringer for kommunene".

Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling

Utvalget beskriver at mye av samhandlingen dreier seg om god og effektiv informasjonsutveksling: Det fokuseres mest på hvordan informasjonen best skal deles mellom tjenesteytere. Dette er viktig, men vel så viktig vil være hvilken informasjon de ulike behandlere overfører seg i mellom. Utvalget har ikke problematisert at et reelt hinder for samhandling, og mulig uttrykk for manglende likeverd og respekt partene i mellom er at kvaliteten på det som overføres er for dårlig. Når det gjelder henvisninger og epikriser burde man stadfeste prinsippet om at informasjonsbehovene hos mottaker bør være styrende for den informasjonen som gis.

Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Det påpekes flere steder at det er behov for mer forskning på både sykdomstilstander og metoder for samhandling. Dette er positivt. Det påstås at "for den kliniske virksomhet vil nasjonale kliniske kvalitetsregistre være den viktigste kilden til læring og forbedring. Det forutsettes at slike registre vil være implementert på bred

basis i løpet av de nærmeste årene(s 52)”. Forskning på samhandling vil være avhengig av data fra flere kilder. Ved kobling av data fra flere databaser både fra allmennpraksis, spesialisthelsetjenesten, og store befolkningsundersøkelser, vil Norge kunne være ledende i verden på forskning på samhandling, som utvalget etterlyser fra de akademiske miljøer. Det store hinder for å få dette til, er etter vår mening en altfor restriktiv holding til slike koblinger av Datatilsynet. Dette mener vi utvalget burde omtalt.

Veiledningsplikt:

Når det gjelder spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt er det påpekt at denne bør bli obligatorisk for virksomhetene, og at det klargjøres at denne gjelder på individ og systemnivå. Denne er tenkt dekket av rammefinansieringen til spesialisthelsetjenesten. Det er ikke problematisert at så lenge veiledning vil fortrenge klinisk inntektsgivende aktivitet, kan det bli vanskelig å få dette gjennomført i praksis. Om man kan bruke IKT til veiledning i praksis over avstand, burde vært drøftet.

Øremerket tilskudd til samhandling

Vi synes det er svært positivt at utvalget foreslår å bevilge en milliard kroner til samhandlingsformål, da det understreker at samhandling er et felt som må prioriteres kraftig opp. Ulike strukturer og maktforhold mellom stat/ foretak og kommuner, hvor en/ få stor aktør skal forholde seg til mange små aktører med forskjellig finansiering, lovgiving og rammevilkår danner dårlige vilkår for likeverdig samhandling. Midler fra den foreslåtte samhandlingsmilliarden kan brukes til å finansiere utviklingsprosjekter som utforsker nye måter å samhandle på, inkludert styringsformer og rammer som kan være mer likeverdige enn dagens..