

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 138
Arkivnr.: 500	Journ. dato: 07.06.05
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	



Saksbehandler  
Tone Merete Follum  
Telefon +4773590150  
E-post tone.m.follum@ntnu.no

Vår dato:  
30.05.2005

Vår ref.:  
2005/335

Deres dato:  
01.03.2005

Deres ref.:  
200500444

### Høring - NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste

Det vises til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 01.03.2005 vedrørende NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste, oversendt til NTNU for uttalelse. NTNU har oversendt høringen til DMF som rette instans. Det medisinske fakultet ba Institutt for samfunnsmedisin og Institutt for nevromedisin om å se på saksdokumentene og komme med eventuelle innspill.

Institutt for samfunnsmedisin, ved førsteamanuensis Hilde Grimstad, har utarbeidet følgende uttalelse på vegne av det medisinske fakultet:

”Vi vil innledningsvis gratulere utvalget med en meget god og omfattende utredning om samhandling i helsetjenesten. Utredningen inneholder også forslag til en lang rekke konkrete tiltak.

Formålet med denne høringsuttalelsen er å supplere utredningen med synspunkter vi mener kan vektlegges og utdypes mer.

#### Helsepersonell trenger et verktøy

Samhandling er blitt et honnørord. Det er lett å gi sin tilslutning til behovet for bedre samhandling i helsetjenesten. Utfordringen er å omsette en positiv holdning til praktiske resultater. Samhandling vedrører store pasientgrupper – både pasienter som i forbindelse med akutt sykdom trenger diagnostisk og terapeutisk hjelp fra flere aktører i helsetjenesten, og for pasienter med kroniske lidelser som over lang tid tas hånd om av ulike profesjoner og ulike nivå i helsetjenesten. Utfordringen er naturlig nok størst for kronikere med svært sammensatte problemer som behøver et bredt spekter av kompletterende hjelp og ekspertise.

Samhandling mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienten, krever felles forståelse, oppdatert kunnskap og praktiske retningslinjer om den beste utredningen og behandlingen av tilstanden. Alle parter må ha tilgang til en felles kunnskaps- og informasjonsbase hvor man finner kunnskap om hvordan ens egen rolle skal utøves, hva andre aktører i helsetjenesten kan bidra med og

hva pasienten selv kan gjøre og forvente av tilbud. Et slikt tverrfaglig verktøy må ha følgende egenskaper:

- Innholdet må være oppdatert, forsknings- og erfaringsbasert og praktisk
- Omtalen av ”problemet” (eks. den kroniske sykdommen) må omfatte hele pasientforløpet
- Verktøyet må være lett tilgjengelig, kjapt å finne frem i

Et slikt verktøy vil sette standard for kvalitet, bidra til likeverdige tilbud og muliggjøre brukermedvirkning i helsetjenesten ved at pasienter og pårørende får tilgang til den samme kunnskapen – dog formulert i et språk som er forståelig for legfolk.

### **En kjernejournal**

Utvalget poengterer de utfordringer som ligger i at enhver pasient har mange medisinske journaler, noe som medfører en fare for at viktig informasjon om pasienten er ulikt oppdatert i de forskjellige journalene (f.eks. legemiddelbruken). Komiteén antyder såvidt tanken om en ”kjernejournal”, men forfølger ikke denne idéen i sitt forslag til konkrete tiltak.

Enhver person i Norge burde ha en elektronisk kjernejournal, et digitalt helsekort (f.eks. et smartkort) med essensielle helsedata. Dette er et prosjekt man har arbeidet lenge med i EU, og det vil være snakk om en standardisert ”mini-journal” som kan leses på ulike språk. Siden nesten alle pasienter i Norge har en fastlege, ville det være naturlig å gi fastlegen ”redaktøransvaret” for å oppdatere kjernejournalen. Pasienten har selv kontrollen med kjernejournalen, med hvem som skal få tilgang til denne informasjonen, men et slikt informasjonssystem ville sikre at f.eks. en ”fremmed” lege får optimal informasjon om pasienten som utgangspunkt for sin hjelp til pasienten.

### **Henvisninger og epikriser**

Utvalget understreker betydningen av denne ”daglige” kommunikasjonen mellom behandlerne og viser til at rutineene på dette feltet kan forbedres. Vi mener utvalget kan bli enda mer konkrete.

Henvisningen er ”stafettpinnen” mellom f.eks. primærlegen og spesialisten. Som i idretten, jo bedre ”veksling”, jo raskere kommer man videre. En optimal samhandling burde tilsi at henvisende lege bruker en standardisert ”sjekklister” for den aktuelle problemstillinger, dvs. at sjekklister varierer med problemstillingen. Sjekklister er utformet slik at mottaker får best mulig informasjon for å kunne bedømme type hjelp og hastegrad. Sjekklister kan være integrert i det ovenfor omtalte ”samhandlings-verktøyet”. Det ville gjøre det lettere for spesialisten/helseforetaket å prioritere pasientene, og man ville unngå mye dobbel-diagnostikk.

Også epikrisene bør skreddersys for sitt formål – at allmennlegen får tilbake det medisinske ansvaret. I mange tilfeller finner primærlegen viktig informasjon ganske så tilfeldig i en omfattende epikrise. Sykehusmedisinere og allmennmedisinere bør sammen finne en struktur på epikrisen som sikrer at slik informasjon ikke overses.

### **Lærings- og mestringstilbud også i kommunehelsetjenesten**

Helsemyndighetene har styrket undervisningstilbudet til pasientene gjennom oppretting av lærings- og mestringssentra ved sykehusene. Men for mange kronikergrupper er dette en utilfredsstillende løsning. De får i all hovedsak dekket sine helsetjenestebehov i kommunehelsetjenesten, og for pasienter med diabetes, astma, hjertesvikt, KOLS etc. er det primærlegene og de ansatte ved

legekontorene, ev. hjemmesykepleien, som er deres kontakter i helsetjenesten. For disse pasientene er det å bli henvist til sentra ved sykehusene et dårlig tilbud. Selv om underviserne gjør en utmerket jobb, er dette ukjente personer som pasientene kun forholder seg til der og da. En mer naturlig løsning er å legge undervisningen til det nivå eller den enhet som pasienten har jevnlig kontakt med. Det vil øke mulighetene for kontinuitet i tilbudet og sikre en bedre oppfølging av opplæringen. Samtidig vil det være et viktig faglig stimulus for helsepersonell i primærhelsetjenesten. Men skal primærhelsetjenesten kunne yte et slikt tilbud, må det også følges opp med økonomiske incentiver.

### **Kompetansesentrene må styrke samhandlingen**

Det er etter hvert opprettet en lang rekke kompetansesentre som helt sikkert gjør et utmerket stykke arbeid i sin nisje. Problemet for helsepersonell er å få lett tilgang til kunnskap og informasjon fra disse sentra – når de trenger det. Utsendinger av papirbaserte publikasjoner og egne hjemmesider med informasjon er ikke tilstrekkelig. Ingen klarer å holde rede på alle disse dokumentene og nettsidene. Informasjonen må samles ett sted – i ”samhandlings-verktøyet”.

### **Ikke la ”de 1000 blomster blomstre” vilt!**

Det har i mange år blitt bevilget prosjektmidler til gode prosjekt vedrørende prosedyrer, retningslinjer, pasientinformasjoner, læringsmidler etc. Problemet er at dette er prosjekt som er tidsbegrensete, og der produktet ofte forsvinner når prosjektperioden er over. Også produktene fra disse prosjektene må samles ett sted – i ”samhandlings-verktøyet”.

### **Generalister på sykehusene**

I ”gamle” dager hadde sykehusene medisinere med generell medisinsk kompetanse og som på mange vis fungerte som ”limet” på sykehusene – som sørget for samhandlingen. Disse er en utdøende rase. I dag blir spesialistene ”subspesialister”, og antallet legekontakter øker for den enkelte pasient – både inneliggende og poliklinisk - og med det øker risikoen for at feil eller dårlig samhandling oppstår.

Sykehusene/helseforetakene behøver en allmennavdeling som står i nær kontakt med primærhelsetjenesten – ja, som kanskje langt på vei ble drevet av allmennmedisinere. Dette ville være en glimrende sykehusarena for allmennleger i spesialistutdanning, og det burde være en obligatorisk del av sideutdannelsen til sykehusspesialister. En slik avdeling kunne også inneha ansvaret for ”observasjonspasienter”.

### **Gjensidige konsekvensutredninger**

Vi ønsker å forsterke utvalgets påpekning av at planlegging og utredning innenfor helseforetakene, eller innenfor kommunehelsetjenesten, ofte påvirker den annen part i betydelig grad. Det må være et krav at enhver slik utredning har deltakelse fra begge parter, og at man ser helsetjenesten som én enhet. Det må være en av de grunnleggende prinsippene som samhandling bygger på. Følgelig må også ressursbehov og ressursbruk ses i en totalsammenheng.

Samarbeidet både på lokalt og regionalt plan må formaliseres gjennom egne samhandlingsfora (jfr. Sør-Trøndelag).

## **Et samhandlingscenter**

Utvalget påpeker korrekt behovet for forskning og undervisning om samhandling. Vi mener det bør etableres et "kraftsenter" for samhandling i Norge. En "motor" og pådriver for samhandling som kan koordinere ulike initiativ rundt om i landet og som kan samle kunnskapen og sørge for at den når ut til klinikerne."

Med vennlig hilsen



Gunnar Bovim  
dekanus



Anne Katarina Carffjord  
fakultetsdirektør

Kopi: Institutt for samfunnsmedisin ved DMF  
Institutt for nevromedisin ved DMF  
NTNU - Universitetsdirektøren