



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Rena Avdeling for økonomi- og ledelsesfag

Nan Rognerud Løberg

Nina Gaasø

Prosjektoppgave

Samhandlingsreformen

Årsstudium krisehåndtering

2013

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	s.	2
1.1	Avgrensning	s.	3
1.2	Metode	s.	3
2.0	Problemstilling	s.	4
3.0	Samhandlingsreformens start	s.	4
3.1	Definisjoner av samhandling, samordning og samarbeid	s.	5
3.2	Hovedutfordringer	s.	8
3.3	Hovedgrepene som skal takle samhandlingsreformen	s.	11
3.4	Er viljen hos de involverte parter tilstede?	s.	13
3.5	Rike kontra fattige kommuner	s.	14
4.0	Hvem løper risikoen?	s.	15
5.0	Fordeler og ulemper	s.	18
5.1	Politiker- eller grasrotønske?	s.	20
5.2	Kan tvil oppstå?	s.	21
5.3	Konkurransen mellom aktørene	s.	21
5.4	Bare flytting av penger og ansvar?	s.	22
6.0	Oppsummering og konklusjon	s.	22
7.0	Litteraturliste	s.	24

1.0 Innledning

Samhandlingsreformen er en stor og omfattende reform som berører alle deler av norsk helsevesen. Den ble startet innført 1. januar 2012, og skal etter planen bli gradvis innført over en fireårsperiode. Samhandlingsreformen ble først kjent allerede våren 2009 gjennom stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) og i denne stortingsmeldingen går det frem at samhandlingsreformen er en reform med store og omfattende mål. Reformens hovedmål er enkelt og greit at fremtidens generasjoner også skal kunne oppleve en bærekraftig norsk velferdsstat. Samhandlingsreformen er altså en reform på linje og størrelse med reformen innenfor NAV og den mye omtalte pensjonsreformen.

Vi er to sykepleiere, med relativt lik bakgrunn i forhold til utdanning, som har havnet på hver vår side innenfor norsk helsevesen. En av oss jobber i spesialisthelsetjenesten og den andre i kommunehelsetjenesten, og det er nettopp disse og samhandlingen mellom dem denne reformen tar for seg. Vi har derfor opplevd samhandlingsreformen fra et ulikt ståsted, og har dermed forskjellige erfaringer vedrørende denne reformen.

Samhandlingsreformen ble derfor et naturlig valg av utgangspunkt for en oppgave, siden det også vil hjelpe oss i vårt daglige virke å sette seg inn i denne omfattende og til tider innviklede reformen. Selv om samhandlingsreformen som sagt har vært offentlig kjent siden 2009, har ikke ”vi på gulvet” vært kjent med hvilket omfang dette har hatt og hvordan dette vil påvirke vår hverdag.

I denne oppgaven vil vi se nærmere på hva samhandlingsreformen faktisk er, hvilke mål den har og hvordan disse målene skal nås. Vi har sett på fordeler og eventuelt ulemper en så omfattende reform fører med seg, samt at vi har sett på risikoen ved å sette i gang en så omfattende og nytenkende reform. Hvem er det som løper risikoen, er det kommunene, sykehusene eller pasientene.

I denne oppgaven har vi ingen egen del med drøfting, vi har derimot gjennom hele oppgaven drøftet emnene vi tar opp. Dette har vi gjort fordi vi ville ha en mer levende oppgave med drøfting, fakta om reformen og teori om hverandre.

Selv om vi som sykepleiere burde sitte midt i smørøyet for å kunne legge ut i det vide og brede om en reform som omhandler vårt yrke og daglige arbeidsliv, følte vi at vi begynte

ganske på bar bakke i forhold til emnet. Vi har fått enkelte informasjonsskriv fra helsedirektoratet, hvor noe av innholdet i reformen blir klargjort, men hvordan det vil påvirke hverdagen vår står det lite om. Derfor har også vi, som de fleste andre fått det meste av vår forhåndskunnskap gjennom medienes dekning av reformen og gjennom fagblader som Sykepleien.

1.1 Avgrensning

Teamet vi har valgt er stort og omfattende. Samhandlingsreformen har mange relevante og interessante sider ved seg, som er lærerike å arbeide med. På grunn av oppgavens omfang og tid har vi valgt å fokusere på samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men siden også dette er så omfattende har vi avgrenset oppgaven til å handle om utfordringer vedrørende reformen som vi opplever i vår hverdag med fokus på pasienten. Vi mener pasientens behov og opplevelse er det viktigste. Vi har derfor valgt å fokusere på somatikk og ikke på psykiatri. Dette fordi psykiatri har så mange egne problemstillinger og innvendinger til samhandlingsreformen, at omfanget hadde blitt for stort, samt at vi ikke har vår erfaring fra dette feltet.

1.2 Metode

Vilhelm Aubert definerer metode på følgende måte: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”(Aubert 1985; her Dalland 2008).

For å løse problemstillingen i oppgaven, har vi valgt litteraturstudie. Vi har brukt kvalitative metoder for å finne løsninger på vår problemstilling. Dette er valgt fordi de kvalitative metodene i større grad tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2008).

Vi hadde ønsket å intervju kommuner, hvor samhandlingen fungerer bra og kommuner hvor det ikke gjør det, samt spesialisthelsetjenesten. Dette lot seg ikke gjøre på grunn av omfanget. Hvis vi hadde gjort det på denne måten måtte vi intervjuet flere fra samme kommune, for å få et mer helhetlig inntrykk av hvordan de føler at samarbeidet og samhandlingen eventuelt fungerer.

2.0 Problemstilling

Vi har valgt å jobbe med følgende problemstilling. ”Er samhandlingsreformen svaret på utfordringene fremtidens helsevesen står ovenfor, eller er den bare et desperat forsøk fra et helsevesen med behov for fornying?” Dette valgte vi som problemstilling siden vi som faktisk jobber innen helsevesenet har savnet informasjon fra sentralt hold angående reformen. Dette mener vi at vi burde ha gjort og lurert derfor på om reformen er så godt planlagt som myndighetene fremstiller det som.

3.0 Samhandlingsreformens start

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid” var på mange måter den norske befolknings møte med den fremtidige helsereformen, eller samhandlingsreformen. Reformens ”far”, daværende helse- og omsorgsminister, Bjarne Håkon Hanssen (Ap) sier dette i stortingsmeldingens forord.

”Da jeg presenterte ideen om en ny helsereform – samhandlingsreformen – ble jeg møtt med veldig mange positive reaksjoner – fra brukere, pårørende, ansatte, KS, fagforeninger, politikerkolleger og blant folk flest. De var enige: Mye er veldig bra, men mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den. Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge.”
Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) (side 3)

Det var altså på høy tid å ta tak i norsk helsevesen, og gjøre noen etterlengtede grep. Samhandlingsreformen var politikernes svar på et rop om hjelp fra et helsevesen med stadig økende utgifter og dårlig samhandling. Stortingsmeldingen viser oss en reform, med store og langsiktige mål, som setter store krav til kommuner og sykehus når det kommer til samhandling og samarbeid. Reformen er ment å være et redskap for å skape et bærekraftig helsevesen også for fremtidens generasjoner, og Bjarne Håkon Hanssen understreker viktigheten av nytenkning for å nå dette målet da han i meldingens forord skriver;

” Men vi må våge å tenke nytt. Det betyr å satse på forebygging framfor reparasjon, og sørge for økonomiske insentiver som setter kommunene i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger.” Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) side 3

Selv om behovet for en reform var stort presiserte stortingsmeldingen at dagens tjenester har mange kvaliteter og at de fleste pasientene tas hånd om på en god måte, men det er en god helse- og omsorgstjeneste som skal gjøres bedre I Stortingsmelding nr 47 er det dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer som står i fokus. Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og samfunnsøkonomisk perspektiv. St.meld. nr 47 sier at

samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover. (St.meld. nr 47).

3.1 Definisjoner av samordning, samhandling og samarbeid?

Dette er tre ord som ligger tett opp mot hverandre. Kan det bli samhandling uten samordning og godt samarbeid? Det er vanskelig å se for seg en velfungerende samhandlingsreform uten en vilje og evne til å samordne og samarbeide. "Samarbeid og samordning en forutsetning for samhandling" (*Orvik, 2004, s 257*). Skal samhandlingsreformen bli en suksess må altså de ulike instansene og nivåene innenfor helsevesenet både samordne og samarbeide.

Før vi kan forstå hva reformen fullt ut er det derfor viktig å få på plass hva disse ordene, samordning, samhandling og samarbeid betyr og innebærer.

Samordning er et flertydig begrep. Det er derfor viktig å sette et teoretisk skille mellom vertikal og horisontal samordning.

Fimreite et al., 2010, sier at vertikal samordning dreier seg om sektorbasert samordning mellom forvaltningsnivåer, for eksempel mellom departement og direktorat, eller lokal og sentral statsforvaltning. Denne formen for samordning finner vi også mellom stat og kommune, og den er derfor svært viktig i forbindelse med samhandlingsreformen. Den vertikale samordningen blir skapt som følge av tilsyn, ordregivning, regler, strategier, planlegging og kontrollsystemer som utarbeides av ledelsen. Ved å gjøre dette prøver organisasjonen å begrense enkeltindividets, gruppens eller avdelingens selvbestemmelse, og dermed gjøre organisasjonen mer forutsigbar og ensartet. Målet med dette er å regulere og angi prosedyrer for oppgavene som skal utføres. I vårt yrke er det standardprosedyrer for alt håndvask til å dele ut medisiner. Dette skal hindre at feil skjer, men allikevel blir prosedyrene brutt og feil inntreffer. Det som da er viktig er at det da finnes en god samordning i alle deler av systemet som fungerer når prosedyrer blir brutt eller ikke fungerer.

Når det snakkes om horisontal samordning, er det samordning mellom politikkområder eller sektorer på samme nivå det er snakk om. Dette kan for eksempel være mellom politikk og samfunnsikkerhet, eller ulike sektorpolitikker knyttet til energi, samferdsel og helse. Denne type samordning får vi gjennom møter, arbeidsgrupper, arbeidsutvalg og liknende.

Vertikale strategier, basert på kun vertikal samordninger som regel utilstrekkelig i de fleste organisasjoner. Det er viktig at man får med de ansatte på samme nivå til å samarbeide med hverandre for at organisasjonen skal være i stand til å nå sine mål. Dette viser seg gjerne gjennom at bedrifter, både private og offentlige, kommuner og andre organisasjoner har ledermøter for å samordne strategien på ledernivå, horisontal samordning, slik at den vertikale organiseringen videre blir konsekvent og samkjørt.

Negativ samordning er også noe det blir snakket om. Dette handler om at ønsket om å samordne ofte er større enn viljen til å bli samordnet. En samordning blir ofte framstilt som en god ting, spesielt ovenfor andre organisasjoner. Det er ikke uvanlig at så lenge det ikke berører ens egen organisasjon, så er alle for denne samordningen. Mens negativ samordning fokuserer på å ha et tilnærmet minimum av samordning for å holde konfliktnivået nede, er positiv samordning det motsatte. Her fokuseres det på samordning gjennom integrerte tiltak og virkemidler, altså en helhetlig samordning. Her er det lett å trekke en parallell til lagspill, hvor man sier at laget er viktigere enn spillerne.

Samordning kan utføres gjennom forskjellige mekanismer. Dette kan bety direkte ordre og instruks. Det er mer imidlertid mer vanlig at samordningen inneholder elementer av standardisering. Med dette menes standardisering av for eksempel saksbehandling, mål og resultat, eller ferdigheter, lojalitet og kompetanse (Fimreite et al., 2010). I følge Mintzberger (1979) så kan gjensidig tilpasning mellom aktører, nivåer og organisasjoner representere en form for standardisering (Fimreite et al., 2010).

Fimreite et al., viser til Mintzbergs (1979) fem ulike former for samordningsmekanismer. Direkte ordre, standardisering av beslutninger, standardisering av mål og resultat, standardisering av ferdigheter og gjensidig tilpasning. Her er nøkkelordet standardisering.

Bouckaert, Peters og Verhoest (I Fimreite et al., 2010) beskriver skillet mellom tre sentrale samordningsformer: Hierarki, marked og nettverk. Med hierarki menes det at samordningen er basert på regler, direkte styring og en klar rollefordeling. Marked er samordning gjennom konkurranse, aktører som samordner gjennom deltakelse i markeds mekanismer. Nettverk er samordning gjennom forhandlinger som kan enten være kulturbetinget eller regelbasert.

Samordning er en grunnleggende utfordring i systemer der hvor arbeid blir delt. For mye samordning kan hemme spesialisering, og for mye spesialisering kan hindre samordningen. Disse to kan benyttes som et argument for effektiviteten.

Spesialisering omhandler hvordan man fordeler arbeidsoppgaver. Økt spesialisering fører til et større behov for sterkere samordning.

Det er forskjell på horisontal og vertikal spesialisering. Ved vertikal spesialisering kan det dreie seg om fordeling av ansvar og oppgaver mellom de ulike hierarkiske nivåer, eksempel departement og direktorat. Med horisontalt spesialisering menes det splitting av organisasjoner på samme forvaltningsnivå i flere organisasjoner, for eksempel splitting av et departement eller et direktorat. Ansvarsfordeling innenfor og mellom nivåer, sektorer og organisasjoner kan ofte føre til diskusjoner under en krise.

Forholdet mellom spesialisering og samordning er nært knyttet til begrepet flernivåstyring (multi-level governance) (Fimreite et al., 2010). Flernivåstyring beskriver en spredning av beslutningstaking over flere nivå og inneholder både en vertikal og horisontal dimensjon. En konsekvens av flernivåstyring er at de tradisjonelle hierarkiske organisasjonsformene med relativt klare ansvarsforhold kan bli svekket. En negativ side ved dette er at man mister "eierskap" i saken, her krisen. At en som er leder for en avdeling, ikke nødvendigvis er leder for krisen kan føre til at beslutningshierarkiet blir uklart.

Innenfor helsesektoren i Norge har diskusjonene om økt spesialisering og større enheter rast lenge. Mange mindre sykehus har blitt nedlagt eller sammenslått til større enheter med mer spesialisering innenfor ulike medisinske fagfelt. Dette har nok på mange områder gått ut over samordningen man fant ved mindre, mer oversiktlige sykehus. Det er ikke dermed sagt at mange småsykehus var en bedre løsning, men de virket på mange områder bedre organisert når kriser oppsto. Store og tunge enheter som de store sykehusene har mye å hente på å effektivisere samordningen slik at kriser blir lettere å håndtere. Det er heller ikke bra for den nasjonale samordningen og sikkerheten at ekspertisen på de ulike fagfeltene samles i de store byene, på de store moderne sykehusene. Det fører til at avstandene mellom der en krise oppstår og der hjelpen ligger kan være lang og i verste fall være forskjellen mellom liv og død. Det er jo nettopp dette samhandlingsreformen skal rette opp og gi alle landets innbyggere et godt helsetilbud. Ulempen med mindre sykehus flere steder i landet er vanskeligheter med å få tilstrekkelig med faglig kompetanse. Både fordi enkelttilfellene blir for små, men også fordi det i griskendte strøk har vært vanskelig å ansette riktig kompetanse i stillingene som har ført til økte kostnader med vikarleie, og da fortrinnsvis fra andre land i Norden. Men mindre sykehus er mer gjennomsiktede og man kjenner hverandre og dette gjør det enklere i en krise.

I stortingsmelding nr 47 (2008-2009) forklarer de ordet samhandling slik.

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.” (side 13)

3.2 Hovedutfordringene

St.meld. nr 47 peker på tre utfordringer. Utfordring 1: Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester. Med dette menes pasienter som trenger oppfølging fra ulike tjenestesteder, ofte over kortere eller lengre tidsperiode. Det er ofte ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er preget av at målet er medisinsk helbredelse, både i sin organisering og sin funksjon.

Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientenes funksjonsnivå og pasientens mestringssevne (St.meld. nr 47). Pasienten på sin side er avhengig av begge målformuleringene. Forskjellen i målforståelsen kan likevel bidra til samhandlingsproblemer fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges (ibid.). Til tross for det de siste årene har vært jobbet med mange tiltak, er tilbakemeldingene fra pasienter at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Dårlig koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk. Vår erfaring fra medisinsk sengepost hvor hovedgruppen av pasienter er den geriatriske pasienten med ofte flere diagnoser, er at målet ikke blir helbredelse, men å opprettholde de ressursene som pasienten har. Det blir et fokus på helheten. Det hjelper ikke å behandle en lungebetennelse hvis pasienten før innleggelsen har blitt kraftig dehydrert som følge av nedsatt allmenntilstand. Dehydreringen må også behandles. På den måten er man også avhengig av tett samarbeid med kommunen. Når pasienten utskrives fra sykehus vil noen trenge tettere oppfølging fra kommunen for å forebygge for eksempel innleggelser som følge av dehydrering. Samtidig er vår lille erfaring fra kirurgiske avdelinger at de der fikser det som skal fikses (opereres). Når det er gjort, er de ferdige. På den måten blir ikke helheten ivarettatt på en optimal måte, og kommunen får hovedoppgaven med rehabilitering av pasienten til det nivået den var på før sykehusinnleggelsen.

Et viktig punkt vi ser er kommunikasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som går begge veier. Denne er viktig for å kunne gi en helhetlig og

riktig behandling og opplegg rundt pasienten. Statens Helsetilsyn poengterer i brev datert 09.12.08 at uten nødvendig kommunikasjon og planlegging i god tid, vil ikke kommunene være i stand til å tilrettelegge forsvarlig oppfølging ved utskriving fra institusjon. Det er eksempler på at kommuner har fått oppgaver de verken er forberedt på, eller har tilstrekkelig kompetanse til å løse uten tett veiledning (Statens Helsetilsyn, 2008). Vi opplever at det er personavhengig fra begge leirer hvor god kommunikasjonen er. Noen sykepleiere/hjelpepleiere ringer sykehuset for å høre hvordan det går, kommer med innspill til det de ser som problem mm. Mens andre ganger hører man ingenting. På samme måte kan kommunen få lite informasjon om hva som skjer under innleggelsen, hva sykehuset planlegger og har som mål. De vet ikke noe før pasienten skal utskrives samme dag. Dette oppfatter vi som ytterpunkter begge veier. Vår erfaring er at det som oftest er et sted midt i mellom. Og ofte er det nok, men på de mer kompliserte pasientene, de som trenger mer og hyppige tjenester, så blir det ofte for lite. Og vår erfaring fra begge steder er at jo hyppigere kontakten er, jo bedre blir det når pasienten utskrives fra sykehuset og jo bedre og riktigere oppfølging får pasienten av kommunen. Tverrfaglige samarbeidsmøter mens pasienten fortsatt er innlagt blir, jamført vår erfaring, det beste for pasienten. Kommunen vet hva sykehuset og pasienten ønsker ved utreise, og sykehuset og pasienten vet hva kommunen kan tilby og i hvilken grad. På denne måten sparer man seg for unødvendige bekymringer og overraskelser. Så hvorfor gjøres ikke dette som en mer standard prosedyre? Dessverre blir tid ofte brukt som et argument. Det er få på et arbeidssted som kan delta på møtet, foruten leder. I Hedmark som er såpass stort kan også avstand gjøre at det ikke så lett lar seg gjennomføre. I psykiatrien er det hyppig bruk av individuell plan. Vår erfaring er at kultur for bruk av det i somatikken er heller ikke-eksisterende.

Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre å redusere kronisk sykdomsutvikling (St.meld. nr 47). Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene. St.meld. nr 47 påpeker at de ikke har gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering.

I siste nummer av Sykepleien (nr 5 2013, side 74) er det en sides innspill fra sosiolog Terje Carlsen. Overskriften er «Forebyggingslinjen kan koste liv». Han skriver at «forebyggingsarbeidet er basert på at man kan klare å identifisere risikofaktorer knyttet til ulike livsstiler, og risikointervensjon et forsøk på å kolonisere fremtiden, det vil si manipulere seg bort fra mulighetene for fremtidig sykdom». Dette gjøres ved at man «kunnskapsmessig» bestemmer terskler for intervensjon med blodtrykksmedisiner, kolesterolsenkende medisiner, medisiner mot benskjørhet og fedme, overvåkning av mennesker med psykisk lidelse og så videre (Carlsen, 2013). Carlsen skriver videre at terskelen for intervensjon bestemmes teoretisk sett i Stortinget (blåreseptordningen), i WHO, i nasjonale konsensummøter, men i praksis av media og legemiddelindustrien og deres trofaste leger. I mange sammenhenger vil dette gi helt meningsløse behov for tiltak og intervensjon. Retningslinjer fra 1995 anbefalte å senke grensen for medikamentell behandling av hyperkolestrolemi (for høyt kolesterol). Ved å følge retningslinjene har hele 28 % av befolkningen over 20 år behov for tettere oppfølging. Og de fleste av dem er friske og raske (ibid.). For å oppdage risikoen og få muligheten til å intervensjon trengs det konsultasjoner hos fastlegen per år. Dette fører til at 18 % av konsultasjonspraksisen hos fastlegene blir beslaglagt. Dette betyr at det blir knapp tid for fastleger til å behandle de virkelige syke.

Det er forebyggingspasienten som er den nye helten for helseminister Jonas Gahr Støre; han eller hun som ikke har rukket å bli syk, men som teoretisk sett kan bli det en gang i fremtiden. På det alter ofres de som er virkelige syke. Mange faktisk syke dør også rundt om i kommuner som sliter med å få budsjetter og det nye behovet for kvalifisert personell til å gå i hop. (Sykepleien nr 5 2013, side 74)

Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne Demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet kan true samfunnets økonomiske bæreevne.

Denne utfordringen har vi visst om i lang tid, og samhandlingsreformen tar sikte på mer langsiktige tiltak som skal gjøre helsevesenet forberedt på å møte en aldrende befolkning, med er stadig mer komplisert sykdomsbilde. Vi vil i fremtiden stå ovenfor en økende grad av kroniske lidelser og stadig flere eldre. Dette gjør at vi i fremtiden må regne med å møte grupper som har et stort behov for å møte et samhandlende helsevesen. Dette setter store krav til både sykehusene og kommunen i fremtiden. Klarer vi ikke å møte disse utfordringene på en god måte risikerer vi ”... vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne,

eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen.” St.meld. 47 (2008-2009) (side 14)

Regjeringens målsetting med samhandlingsreformen er å redusere antall sykehusinnleggelser, øke det kommunale ansvar både behandlingsmessig og økonomisk. Pasientene/brukerne skal få gode helhetlige behandlingsforløp og pasientsikkerheten skal bli bedre. Kommunene og sykehusene pålegges en plikt til å samarbeide om pasientene. Det ligger for mange utskrivningsklare pasienter på sykehus i dag. Det er ikke bra for pasientene og kostbart for samfunnet (Thorne, 2011).

3.3 Hovedgrepene som skal takle utfordringene

St.meld. 47 (2008-2009) nevner fem hovedgrep som skal gjøre helsevesenet bedre gjennom samhandlingsreformen. Disse fem grepene innebærer en klarere pasientrolle, en ny kommunerolle, endret økonomiske insentiver, videreutvikling av spesialhelsetjenesten og tydeligere prioriteringer. St.meld. 47 (2008-2009)

En klarere pasientrolle innebærer at pasientene skal kunne føle at hele perioden med sykdom/rehabilitering skal være et helhetlig løp gjennom de ulike instansene i prosessen. En av de viktigste grepene som gjøres i den forbindelse er at ” Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene.” St.meld. 47 (2008-2009)(side 14)

I den nye fremtidige kommunerollen vil økt kompetanse og økt evne til å gi pasientene en mer helhetlig behandling være de viktigste punktene. Dette skal i følge samhandlingsreformen skje gjennom at kommunene tenker mer helhetlig, ikke bare innenfor helsesektoren, men også drar inn andre samfunnsområder kommunene har ansvaret for.

Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). St.meld. 47 (2008-2009) (Side 15)

Den finansielle omstruktureringen går stort sett ut på å flytte penger fra sykehussektoren og ut i kommunesektoren. Med disse pengene kommunene får ekstra følger også mer ansvar og

dette skal igjen få kommunene til å tenke mer kostnadseffektivt. Spesialisthelsetjenestens økonomiske rammer skal også endres ved hjelp av kommunal medfinansiering. Denne endringen skjer slik at finansieringen av spesialisthelsetjenesten på en bedre måte skal være i samsvar med samhandlingsreformen.

Det er ikke bare rent finansielt at spesialisthelsetjenesten skal forandres. Å ha et godt helsevesen handler mye om å få befolkningen til å føle seg trygg hvis alvorlig sykdom eller skade skulle oppstå. Samhandlingsreformen skal

Styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen. Dette kan primært skje på to måter. For det første vil en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene. For at det andre kan et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.
St.meld. 47 (2008-2009) (Side 16)

Samhandlingsreformen skal legge til rette for at viktige beslutninger og prioriteringer i fremtiden i langt større grad skal rettes mot helheten i et pasientforløp enn tidligere. Dette er et arbeid som startet allerede i 2007 gjennom etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og ”som en oppfølging av dette skal Nasjonal helseplan videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjeneste.”
St.meld. 47 (2008-2009) (Side 16)

Det er altså ikke bare målene som ligger klare på Helse og Omsorgdepartementet sine hjemmesider, også veien til disse målene ligger der til allment innsyn, noe som gir kommunene ytterligere press når det gjelder gjennomføringen av reformen. Her kan vi lese om den nye folkehelseloven som gir kommunene mer ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid, og om hvordan denne loven hjelper til med å samle kommunenes plikter i en lov. Det kommer også klart frem at eventuelle klager skal rettes til fylkesmannen, samtidig som det kommer frem at tilbudet gjennom samhandlingsreformen skal bli lett å forholde seg til og henge godt sammen.

For å klare alt dette skal kommunene motta økt økonomisk støtte fra staten. Dette sammen med at store midler blir flyttet fra sykehusene til kommunene skal gi kommunene økonomiske muskler store nok til å gjennomføre samhandlingsreformen.

Hvis samhandlingsreformen blir som forutsatt skal dette bedre helsetilbudet til folk betraktelig. De kommunale helsetjenestene vil bli bedre, koordineringen mellom og oppfølgingen fra de ulike etatene bedre og hjelp til å forandre levevanene til det bedre skal være tilstede.

Alt dette høres enkelt og greit ut, og Helse- og Omsorgsdepartementet har klart å koke ned samhandlingsreformen til noen få enkle og konkrete punkter på sin hjemmeside. Er det virkelig så enkelt? Er det bare press fra myndighetene og penger som skal til?

Noe som også var overraskende var at det ikke sto noe om risikoen ved å innføre en så omfattende reform. Det er vel og bra at det er fokus på det positive, men det er tross alt ikke Helse- og Omsorgsdepartementet som møter konsekvensene hvis denne reformen skulle slå sprekker. Som alle reformer vil nemlig også samhandlingsreformen ha sin barne- og oppvekstperiode. Da må man jo vente prøving og feiling og barnesykdommer. Dette har vi sett under store reformer innen for eksempel skoleverket. Hvem er det da det går utover, er ikke det Ola og Kari Nordmann?

For å finne ut om løsningen er så enkel er det viktig å finne ut hvordan kommunene er og var rustet til å innføre samhandlingsreformen slik den er ment å skulle fungere. Det er jo svært vanskelig å slå fast om kommunene er rustet til dette eller ikke, og seniorforsker Sverre Kittelsen ved Frischsenteret som leder et evalueringsprosjekt som skal undersøke i hvilken grad samhandlingsreformens målsettinger nås sier at ” det vil gå et par år etter reformen før det blir mulig å spore endringene i tilgjengelige data.” (Forskningsrådet,2013)

3.4 Er viljen hos de involverte parter tilstede?

Er så viljen hos alle etater og arbeidstakere tilstede for å få samhandlingsreformen til virke mest mulig etter intensjonen? Det er ikke et enkelt ja/nei – spørsmål. I enkelte tilfeller er viljen til stede og ting går som planlagt, men i Hamar kommunen virker det av og til som om det er en konkurranse mellom kommunale institusjoner og sykehus om å kunne skrive flest avvik på hverandre. Dette er svært uheldig og er en problemstilling som myndighetene bør ta tak i før det går ut over en uskyldig tredjepart, nemlig pasientene. Fra sykehusets side blir man oppfordret til å sette pasienten utskrivningsklar så snart den ikke trenger tilsyn fra

spesialisthelsetjenesten 24 timer i døgnet. Samhandlingsreformen er helt avhengig av at samarbeidsviljen mellom de ulike etatene fungerer så bra som mulig. Hvis ikke risikerer samhandlingsreformen å bli kvalt i fødselen. Det er imidlertid ikke sikkert at det er uvilje som gjør at samhandlingen ikke fungerer optimalt, men derimot usikkerhet på egen kompetanse. Denne usikkerheten kan igjen føre til at det føles tryggere å vise motstand, og at det er bedre å vise motstand enn manglende kompetanse.

3.5 Rike kontra fattige kommuner

Slik det er i Norge i dag er det dessverre slik at kommuneøkonomien styrer mye av kvaliteten på tilbudene kommene gir til innbyggerne. En rik kommune har bedre bemanning i alt fra barnehage til eldreomsorg, og en rik kommune vil nok også kunne takle samhandlingsreformen langt bedre enn en fattig kommune. Dette er vel langt fra intensjonen bak samhandlingsreformen. Tanken er vel at alle kommuner skal kunne tilby et tilnærmet like godt tilbud til sine innbyggere, og ikke skape et klasseskille basert på kommunegrenser. Det er vanskelig å unngå disse forskjellene uten å innføre et slags Sovjetstatsystem, der alle kommunene blir tvunget til å tilby like gode/dårlige tilbud til innbyggerne.

Store kommuner vil også ha et stort fortrinn når det gjelder å kunne tiltrekke seg tilstrekkelig kvalifisert arbeidskraft til å kunne skape det sterke fagmiljøet reformen forutsetter. Det er jo soleklart at rike sentrale kommuner i og rundt de store byene vil ha lettere for å klare dette enn små fattige kommuner i mer rurale strøk. Dette er jo en virkelighet vi ser allerede og her ligger det en virkelig stor jobb foran først og fremst kommunene selv, men også sentrale myndigheter som må legge mye bedre til rette for at sterke fagmiljøer får gode forhold også i mindre sentrale strøk. Slik ståa er i dag er det jo praktisk talt umulig for de mindre kommunene å ha kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter til alle døgnetstider uken igjennom. Dette er vanskelig nok selv i mellomstore kommuner. Hvis kommunene ikke er i stand til å ta imot disse pasientene blir det igjen en utgift til kommunene i form av døgnprisen de må betale sykehusene.

Hvis ikke denne trenden snus gjennom samhandlingsreformen vil innbyggerne i de forskjellige kommunene oppleve totalt forskjellig tilbud innenfor alle de store

kommunefeltene, helse, barnehage og skole, alle felter som i høyeste grad berører innbyggerne. Det skal ikke være slik i verdens rikeste land, at en innbygger i Os i Østerdalen får et helt annet medisinsk tilbud og oppfølging enn en innbygger i Oslo. Og i samhandlingsreformen poengteres det at alle skal få så lik behandling som mulig.

Samhandlingsreformen vil føre med seg et krav om økt kompetanse innad i kommunene. Det er imidlertid ikke så enkelt som at denne kompetansen kommer av seg selv så fort samhandlingsreformen er innført. Det beste hadde jo vært om mye av denne kompetansen allerede hadde vært på plass når samhandlingsreformen trer i kraft. Det ville hatt en svært positiv effekt i den forstand at de involverte partene ville ha følt at den nye reformens endringer var håndterbare og innefor dere kompetansenivå. Denne drømmesituasjonen er dagens kommuner langt unna, og da spesielt de små og mellomstore kommunene, hvor mange medarbeidere nå mer frykter enn gleder seg til endringene som er på trappene.

4.0 Hvem løper risikoen?

Hva er så en risiko? Ifølge Aven (2008) handler risiko kort fortalt om

hendelser(A), og konsekvenser (C) av disse, som vil skje i fremtiden. Vi vet ikke i dag om disse hendelsene vil inntreffe eller ikke, og hvis de skjer, hva som vil bli konsekvensene. Det er med andre ord usikkerhet (U) knyttet til både A og C. Hvor trolig det er at en hendelse A vil inntreffe og at spesifikke konsekvenser C vil inntreffe, kan vi uttrykke ved hjelp av sannsynligheter (P), med basis i vår kunnskap(bakgrunnskunnskap) K. (Side 27)

Risiko er med andre ord noe som er svært vanskelig å forutse med en slik type reform, men alt nytt som berører så mange mennesker og etater har naturlig nok en del usikkerheter knyttet til seg.

Når den nye reformen nå gradvis trer i kraft er det jo verken sykehusene eller de andre helseinstitusjonene som løper den store medisinske risikoen, det er heller ikke kommunene, det er dessverre pasientene. Innenfor helsevesenet er det svært lite rom for å prøve å feile, slik man til en viss grad kan gjøre innen for eksempel skoleverket hvor nye reformer kjøres inn en periode før man kan kalle dem vellykket. Først kommer gjerne en periode med prøving og feiling, men her kan feilene rettes opp, det er umulig i helsevesenet, i alle fall ovenfor pasienten som blir rammet.

Det er med andre ord pasientene som rammes om noe skulle gå galt. Dette har vi jo sett mange eksempler på den siste tiden, spesielt ettersom nyhetene på både NRK og TV2 har vært svært flinke til sette fokus på mangler og feil gjort av ulike helseforetak. Spesielt sammenslåingen av sykehusene i Oslo har fått gjennomgå i nyhetene, og det er jo ikke uten grunn. Vi får stadig innblikk i en hverdag preget av dårlig plass, dårlig bemanning og dårlig samarbeid ved sykehusene. Denne organiseringsmåten med større enheter og større faglig miljø er jo fremtiden innen helsevesenet hvis vi ser på målene satt for samhandlingsreformen. Derfor er det veldig betenkelig at såpass mange tilsynelatende unødvendige hendelser finner sted der slike sammenslåinger har skjedd. Vil feilene bli luket bort eller er det en stor risiko for at dette vil skje også andre steder?

En annen side ved dette er jo det gamle ordtaket om at hastverk er lastverk. Vil sykehusene i større grad sende ut pasienter til de rehabiliterende helseforetakene tidlig, for å kunne møte kravene om rask behandling? Dette vil jo igjen føre til at pasienter kan få tilbakefall på steder der kompetansen ligger i det å rehabilitere, ikke i akutt medisinsk hjelp.

Den økonomiske risikoen ligger derimot hos sykehusene og kommunene.

Pasientskadeerstatningen i Norge ligger i dag allerede på et høyt nivå, og vi har ingen garanti for at denne vil minske selv med samhandlingsreformen på plass. Det samhandlingsreformen imidlertid vil gjøre er å gjøre det lettere for staten og plassere ansvaret for hvor problemene oppstår. Vil da sykehusene og kommunene bli direkte ansvarlige også økonomisk ovenfor pasienten som er rammet?

Pasient- og brukerombud i Akershus, Knut Fredrik Thorne, skrev 21.11.11 en kronikk i VG (her www.pasientombudet.no) om samhandlingsreformen, hvor han uttrykker noen bekymringer. Han påpeker at kommunene mangler sykehjemsplasser, kvalifisert personell og lovbruddene florerer. Statens helsetilsyn har hatt tilsyn i til sammen 342 virksomheter i 232 av landets kommuner (Thorne, 2011). I om lag 2/3 av disse tilsynene ble det konstatert at kommunene bryter loven. De har ikke personell med rett kompetanse, de eldre får ikke den hjelpen de har behov for og det er store mangler ved journalføringen. I tillegg har man ikke avviksmeldingssystemer og de ansatte får ikke hjelpe til å forebygge at feil gjentar seg. Det har tidligere blitt avdekket betydelige og alvorlige problemer rundt medisineringsen av

sykehjemspasienter og hjemmeboende eldre. Det er avdekket feil som pasientene dør av (ibid.). Samhandlingsreformen pålegger nå disse kommunene til å ta i mot sykere og mer krevende pasienter. Sykehjemskøen er ikke blitt vesentlig mindre og vi blir stadig flere eldre. Thorne mener man trenger ikke å være et økonomisk geni for å forstå at veien inn på sykehjemmet blir lengre for de hjemmeboende etter 1.januar 2012. Kommunene må fra det tidspunktet betale kr 4000,- for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. (ibid.)

Statens Helsetilsyn skrev et brev datert 09.12.2008 til daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen hvor de poengterte potensielle risikoer (Statens Helsetilsyn, 2008). De skriver at «tilsynserfaringer gir viktig kunnskap om utfordringer for tjenestene, og om hvor det er risiko for svikt». Helsetilsynets prioriteringer av tilsynsområder bygger på løpende risikoinformerte vurderinger. En slik risikobasert og strategisk utvalgsmetode av både tjenestegren, tema og hvilke virksomheter som skal tilses, innebærer at det avdekkes svikt (lovbrudd) i de aller fleste virksomheter der det gjennomføres tilsyn (ibid.) De påpeker noen områder det er særlig viktig å være oppmerksom på, årsaker til mangelfull samhandling og følger av mangelfull samhandling.

I samhandlingsreformen får allmennlegene i kommunene en viktig rolle. I rapport 13/2004: «Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten» (Statens helsetilsyn) kommer det frem at allmennlegene stort sett driver alene eller i mindre fellesskap. Det er stor variasjon i praksisutøvelsen, og det kan i seg selv gi risiko for svikt. I tillegg finner konsultasjonen sted i et lukket rom hvor pasienten er prisgitt den enkelte leges vurdering og avgjørelser. Dette vil også gjelde pasienter som er innlagt på institusjon. Den pasienten er prisgitt allmennlegens vurdering og avgjørelse. Eneste fordel denne pasienten har er at det i de fleste tilfeller er med en sykepleier som er med på visitten. Sykepleieren kan komme med innspill som kan påvirke. Men dette avhenger igjen av flere faktorer, som utdanning, faglig styrke, trygghet på egen kompetanse, samarbeid og om muligheten til å konferere med mer erfarne sykepleiere/leger.

I rapporten til Statens helsetilsyn har et ekspertpanel bidratt med vurderinger. De har sett på allmennlegenes samhandling og feltet kommunikasjon er et av flere områder det er sett særskilt på. Dette temaet er sammen med faglighet, informasjonsflyt og rettferdighet/prioritering vurdert som et kritisk område (ibid.). Som et underpunkt, sammen med interne arbeidsforhold på legekantoret, har panelet vurdert risiko i tilknytning til legens

medvirkning i tverrfaglig arbeid i kommunen og legemiddelbehandling. Legens engasjement i tverrfaglig samarbeid anses å fremme pasientflyt og bidra til en faglig bred tilnærming til pasienter med omfattende og sammensatte behov. Det er stor sannsynlighet for at legen ikke deltar i ansvarsgrupper og i utarbeidelse med individuelle planer. Konsekvensen er ofte middels store, da svikt i gitte situasjoner kan fanges opp av andre yrkesgrupper og kanaliseres til leger i spesialisthelsetjenesten. Oversikt og samarbeid i medisinerer av pasienter med kroniske sykdommer kan være en særskilt utfordring. Sannsynligheten for at oversikten som fastlegen, hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten har, ikke samsvarer er stor.

Konsekvensen av feilmedisinering er hyppig årsak til sykehusinnleggelseser og kan i verste fall være fatal (ibid.). Med fokus på samfunnsøkonomi kan det være enkelt å spare mye penger på dette. Flere og flere legekontorer får nå epikriser fra sykehusopphold elektronisk. Sykehuset Innlandet har som mål at flest mulig epikriser skal være skrevet innen en uke. Men hva med polikliniske timer. Hvorfor er det ikke fokus på frist der? Hos noen kan optimalisering av medisiner være grunnen til at de følges opp poliklinisk. Hva da når fastlegen ikke har oppdatert medisinaliste? Dette ses av og til når pasienter legges inn på sykehus og man leser igjennom siste polikliniske besøket. En medisin har blitt endret, men endringen kommer ikke opp på medisinkurven som pasienten har på avdelingen. Hvor ligger da feilen?

5.0 Fordeler og eventuelle ulemper.

Alle nye reformer fører med seg endringer, noen til det gode, og noen det er mer strid om fører noe godt med seg. En reform som møter fremtidens utfordringer spesielt i forhold til økonomi og en aldrende befolkning er og var i høyeste grad nødvendig, men mister vi noe på veien?

Systemet slik det har fungert har i stor grad lagt opp til at sykehusene skal være den behandlende del av helsevesenet og at spesialistene og ekspertisen skulle ligge nettopp innenfor sykehusenes vegger. Dette er nå i endring, og lykkes samhandlingsreformen fullt ut vil kommunene få økt kompetanse innenfor de fleste felter på helsefronten. Dette er absolutt positivt. Hvis pasientene i tillegg føler seg bedre behandlet og tryggere, gjennom å få en mer helhetlig behandling er det helt topp. Problemet er at dette kanskje ikke er så lett å få til i praksis. Som nevnt tidligere tilføres det ikke så mye friske penger, de bare flyttes fra sykehusene til kommunene. Spørsmålet da er om disse pengene går med til å bygge opp

kompetanse eller om de går med til å betale sykehusene for å behandle pasienter kommunene ikke selv har kompetanse til å behandle.

Reformen trådte som sagt i kraft 1. januar 2012 og skal gradvis innføres over en fireårsperiode. Burde ikke kommunene fått mer penger og tid på forhånd, slik at de kunne bygget opp sin egen kompetanse i forkant? Dette hadde i alle fall vært med på å unngå usikkerhet blant de ansatte i forhold til om de har kompetansen som skal til for å håndtere ukjente situasjoner. Dessuten ville mer tid og penger gitt kommunene muligheten til å øke kapasiteten på eksempelvis korttidsplasser som kommunene helt klart vil måtte ha flere av for å kunne behandle utskrivingsklare pasienter. Faren slik det er i dag er helt klart at pengeoverføringene fra sykehusene ikke vil havne der de er ment, men heller brukes til å betale dagsbøtene.

Vi vil også i alle fall i en overgangsperiode miste noe av tryggheten enkelte pasienter føler ved å være innlagt ved et sykehus. Det vil nok hos mange føles mer usikkert å bli overført til en korttidsavdeling ved en helseinstitusjon. Dette vil først og fremst skje siden nyhetsbildet hele tiden fokuserer på alle manglene ved norske helseinstitusjoner, og fordi dette er nytt også for pasientene. Denne tryggheten vil etter hvert komme tilbake, i alle fall hvis kommunene lever opp til sin del av samhandlingsreformen. Også her mener vi det er viktig med tett kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten. På pleiesiden er som oftest kompetansen lik og den største forskjellen for mange pasienter vil være at det ikke er en lege som kommer innom hver dag.

Tor Inge Romøren (2011) skriver i *Nordisk Sygepleieforskning* et debattinnlegg om at kjernen i samhandlingsreformen er å innskrenke sykehusenes oppgaver, og på denne måten få en antatt mer kostnadseffektiv helsetjeneste. Han sier videre at dokumentasjon for oppgavefordelingsproblemen og løsningen av dem blir i meldingen presentert over tre av 150 sider. De få forskningsbaserte referansene er alle norske og tre av fem er ved samme forfatter, og alle passer godt til meldingens hovedbudskap. Ingen internasjonal litteratur er referert, og det gis ingen drøfting av tilsvarende utfordringer, tiltak og erfaringer fra andre land (ibid.). Romøren sier at det framsettes en rekke påstander om sykkelighet, etterspørsel av helsetjenester og kostnadseffektivitet som er underbygget med en svært begrenset og selektiv dokumentasjon (ibid.). Vi stiller store spørsmål til akkurat dette. Vi har selv med vår utdannelse hatt et veldig fokus på forskningsbasert litteratur i våre skoleoppgaver og fokuset

på dette har økt i grunnutdannelsen etter at vi var ferdige. Så hvorfor gjelder ikke dette det offentlige? Stoler vi mer på de store ordene når de kommer fra det offentlige? Dette var noe vi tok som en selvfølge når de iverksetter en så stor reform som har stor innvirkning på hele Norges befolkning som trenger helsehjelp mer enn bare et besøk hos fastlegen i ny og ne. Og vi tror at det gjelder også for de fleste andre som jobber i helse- og omsorgsyrker.

5.1 Politiker- eller grasrotønske?

Hvorfor en samhandlingsreform var og er nødvendig er et spørsmål som har flere svar. Det var med andre ord mange grunner til at samhandlingsreformen ble et faktum. Det første er det helsemessige argumentet for en reform. Dette bunner rett og slett i at sykdomsbildet i Norge i dag, er annerledes enn for bare få tiår siden. Stadig flere får alvorlige og kroniske sykdommer som kreft, kols, muskel- og leddsykdommer og psykiske lidelser, noe som i sin tur tvinger frem forandringer i en til tider tungrodd helsesektor.

Det andre argumentet går på kravet om spesialisering, og ikke minst på krav om samhandling og samordning mellom de ulike spesialistene innenfor de ulike fagfeltene, noe som tidligere til tider har vært mangelfull eller i enkelte tilfeller fraværende.

Det kanskje sterkeste argumentet for å få til en reform ligger nært opptil det helsemessige argumentet og går på det pengemessige og kostnadene som oppstår ved økt antall pasienter og mer komplekse sykdomsbilder. Selv om Norge er et rikt land, har vi rett og slett ikke råd til å fortsette i samme tralten som helsenorge tidligere har drevet. For å klare den økonomiske utfordringen måtte det til en omfattende omorganisering av helsevesenet.

Et siste argument går på det mer organisatoriske, altså kutte ned på byråkratiet å heller bruke ressursene ute i felten, hos pasientene, der ressursene trengs mer.

Hele helsenorge var og er fortsatt altså enige om at en reform av helsevesenet er nødvendig, spørsmålet ligger nok mer i hva og hvordan. Samhandlingsreformen skal først og fremst finansieres ved hjelp av flytting av penger. Mange, både politikere og ansatte innenfor helsevesenet mener at reformen hadde hatt en større sjanse til å bli en suksess hvis man hadde tilført nye friske økonomiske midler til spesielt kommunene.

5.3 Kan tvil oppstå?

Dette problemet er svært komplisert, og derfor heller ikke lett å finne et fasitsvar på så tidlig i reformen, men at tvilstilfeller vil oppstå er hevet over enhver tvil. Hva skjer hvis sykehuset melder pasienten utskrivingsklar og den kommunale institusjonen som mottar pasienten ikke føler det forsvarlig å overta ansvaret for pasienten? Tar kommunen likevel ansvaret, selv om kompetansen det krever er fraværende, siden de må betale bøter til sykehuset om de velger og ikke motta, eller gjør de det beste for pasienten?

Dette vil sikkert variere fra kommune til kommune og fra pasient til pasient, men kan vi stole på at fornuften alltid vil seire? Vi tror dessverre at økonomien og kravet til å gå i overskudd/balanse i dagens samfunn er så stort at de kommunale helseinstitusjonene vil føle seg presset til å overta pasienter de ikke har kompetanse til å overta. Dette problemet vil sannsynligvis være større i de små og mellomstore kommunene, som selvsagt har de minste faglige miljøene.

Vi kan jo også sette dette på spissen og si at sykehusene vil kunne "tjene" penger på å utskrive tvilstilfellene, siden de kommunale helseinstitusjonene da som oftest vil måtte sende pasienten tilbake eller ikke ta imot pasienten fra sykehuset og dermed må betale sykehusene døgnpris for de ekstra døgnene.

En annen aktuell problemstilling er jo om hvem som bør betale utgiftene kommunen får ved å innkalle ekstra mannskaper til en syk pasient som skal komme fra sykehuset, men som dør før overføringen er gjennomført? Er det sykehuset eller kommunene? Slik vi leser samhandlingsreformen i dag er det kommunen som må bære disse utgiftene selv om feilen ved et slikt tilfelle kan ligge hos sykehuset.

5.3 Konkurransen mellom aktørene.

Hvordan vil så forholdet mellom sykehus og kommunale helseforetak utvikle seg? Vil det bli en slags konkurranse om å klare reformen best, noe som kan være positivt, eller vil denne reformen åpne for spekulasjon mellom institusjonene? Dette er svært vanskelig å konkludere på nå, så tidlig i reformen, men at den har noen spekulative sider som kan utnyttes er det ingen tvil om.

5.4 Bare flytting av penger og ansvar?

Hvis en leser om samhandlingsreformen finner en raskt ut at mye av dette skal finansieres ved hjelp av ren flytting av penger fra sykehusene til kommunene. Friske penger fra statskassa er det lite av, og dermed er det viktig å se på om denne flyttinga av penger holder som finansiering.

Sykehusene vil, som en følge av samhandlingsreformen, bli kvitt pasienter raskere, dvs. at kommunene overtar ansvaret for pasientene på et tidligere tidspunkt. Da vil en måtte regne med at dette gjelder de friskeste pasientene, ergo vil sykehusene miste sine billigste pasienter, noe som igjen vil føre til at gjennomsnittsprisen per sykehusdøgn per pasient vil gå opp. Kommunene på sin side vil måtte regne med å måtte ta imot sykere pasienter enn de tidligere har gjort. Dette vil uten tvil tvinge frem høyere bemanning og større beredskap enn tidligere. Dette vil føre til at prisen per døgn her også vil gå opp. Hvor vil kommunene ta disse pengene fra, for det er tvilsomt om overføringene fra sykehusene vil dekke de faktiske utgiftene? Jo, de vil måtte ta penger fra andre tunge kommunale områder som for eksempel skole/barnehagesektoren.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Det er altfor tidlig til å kunne konkludere om noe når det gjelder samhandlingsreformen. Til det er reformen i en altfor tidlig fase og den har langt fra fått satt seg enda. Det som imidlertid er klart er at reformen krever en langt større grad av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten enn det har vært til nå. Det er også avgjørende at pengene som blir overført fra sykehusene til kommunene går til å øke kapasitet og kompetanse og ikke til å betale dagbøter til sykehusene, bare på denne måten kan kompetansen i kommunene nå ønsket nivå.

Det er også hevet over enhver tvil at denne reformen vil føre med seg risikoelementer. Dette gjelder først og fremst måten kommunene takler overgangen til en mer kompetansekrevende hverdag, og om denne kompetansen kommer gjennom de grepene som er gjort via samhandlingsreformen. I samhandlingsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten står det at kompetanse og forskning skal deles seg i mellom. Vår erfaring er at dette til nå ikke har blitt gjort i større grad enn tidligere. Det er også viktig at samhandlingen fungerer som det er tenkt, siden mange av reformens mål kun kan oppnås gjennom samhandling, samordning og samarbeid. Det som kunne ha minket noen av risikofaktorene hadde vært hvis

kompetansen allerede før reformens start hadde vært ute i kommunene. Da hadde risikomomentet rundt usikkerhet om egen kompetanse vært mye mindre, og de ansatte i kommunehelsetjeneste hadde vært langt bedre forberedt enn de er og var nå og ved reformens start.

Det er viktig at helsenorger er forberedt på at fremtiden vil bringe med seg flere eldre, og flere pasienter med mer kompliserte sykdomsbilder med kroniske lidelser, og nettopp derfor er det så viktig at en reform kom på plass og fungerer. Vi ser at mye penger kunne blitt spart på innleggelse som kunne vært unngått hvis pasienten hadde hatt et tilbud om sykehjem. Samtidig mener vi også at de dårligste bør behandles der hvor det er mest kompetanse. Om samhandlingsreformen vil bli en hyllet reform er som sagt for tidlig å si, men med hard jobb, samarbeid og samordning ligger alt til rette for at samhandlingsreformen skal hjelpe til med å møte fremtiden på en bedre og mer helhetlig måte, både kompetansemessig og økonomisk.

Det neste store steget i samhandlingsreformen blir 1.januar 2016, da skal alle kommunene ha øyeblikkelig hjelp-senger, hvor pasienten skal vurderes der for en eventuell innleggelse på sykehus. Vil samhandlingsreformen fungere optimalt til da slik at det neste steget ikke kommer oppå en allerede problematisk hverdag?

Vi har i løpet av denne oppgaven oppdaget mange for oss nye og interessante sider ved samhandlingsreformen. Det har vært svært nyttig for oss å sette oss inn hvordan reformen er tenkt å fungere, og vi ser med litt andre øyne på reformen nå etter oppgaven enn vi gjorde før vi satte oss inn i saken. Det er på tide å gjøre noen store grep for å møte fremtidens utfordringer i forhold til helse, og vi ser absolutt potensialet i samhandlingsreformen. Dette til tross for at mange ting kan gå galt. Vi håper derimot at alle instanser i helsevesenet tar utfordringene de vil møte i forbindelse med reformen på strak arm og at alle nivåer, fra topp til tå forstår viktigheten av samhandling, samordning og samarbeid.

7.0 Litteraturliste

Aven, Terje, Røed, Willy og Hermann, Wiencke S., (2008) *Risikoanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Fimreite, A.L., Lango, P., Lægreid, P. og Rykkja, L.H., (2010) *Organisering, samfunnssikkerhet og krisehåndtering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Orvik, Arne, (2004). *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig arbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Romøren, T.I (2011) Samhandlingsreformen – Et kritisk blikk på en helsereform. *Nordisk sygeplejeforskning*, Nr 1-2011. Vol.1, side 82 -88.

Forskningsrådets nettsider. Lokalisert på: http://www.forskningsradet.no/prognett-demosreg/Nyheter/Ser_pa_konsekvenser_av_Samhandlingsreformen/1253983736878/p1224698086071

Helse- og omsorgsdepartementet, St.melding 47(2008-2009) Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Helsetilsynet (2008) *Innspill til Helse- og omsorgsministerens arbeid med samhandlingsreformen*. Lokalisert på: <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2008/Innspill-samhandlingsreformen/>

KS sine nettsider (2012) Lokalisert på: <http://www.ks.no/Portaler/Samhandlingsreformen/Gode-eksempler/Utskrivningsprosessen---hvordan-fungerer-den/>