

## NOEN SPØRSMÅL TIL SAMHANDLINGSREFORMEN

*Herdis Alvsvåg er professor ved Haraldsplass diakonale høgskole.*

Artikkelen stiller spørsmål ved hva som er det nye i Samhandlingsreformen og spør også om reformen kan få utilsiktede konsekvenser for pasienter uten rehabiliteringspotensiale, dvs. pasienter som i et samfunnsøkonomisk nytteperspektiv ansees som ”resultatløse”. LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) har vært et styrende prinsipp i snart 40 år, det skulle sikre pasienten riktig hjelp på riktig nivå. Det nye prinsippet i Samhandlingsreformen er BEON-prinsippet (best effektive omsorgsnivå). Vil vi gjennom Samhandlingsreformen klare å realisere det 40 år gamle prinsippet? Men kan vi kalle det best effektive omsorgsnivå dersom pasienter som verken skal behandles eller har rehabiliteringspotensiale, men er avhengig av hjelp, pleie og omsorg for å leve et så godt liv som mulig, får redusert hjelp?

### NY HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOV OG SAMHANDLINGSREFORMEN

Fra 2012 gjelder den nye loven; Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven), og Samhandlingsreformen (2008-2009) gjennomføres. Denne siste benevnes som en retningsreform, dvs. at en søker å dreie retningen i helsepolitikken ved

å øke vekten på kommunehelsetjenesten, og særlig de helsefremmende og sykdomsforebyggende aktiviteter. Dermed vil en søke å redusere innsatsen og ressursene som brukes til sykdomsbehandling, det kurative.

Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for tjenester som tilbys eller ytes i regi av kommunen. Loven skisserer i alt syv formål, og den krever at det skal inngås samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak for å nå disse. Den regulerer kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester (§ 11-3) og kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter: ”Kommunen skal fra og med dag en dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud” (§ 11-4).

Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) framholder tre hovedutfordringer:

1. Tjenestene er fragmenterte. Pasientene har behov for koordinerte tjenester.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Den demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Helsevesenet er tradisjonsrikt og



vanskelig å endre, men i løpet av noe tid vil en søke å dreie retningen: ”Det primære siktemålet med stortingsmeldingen er å legge fram forslag om hvordan hensynet til samhandling bør påvirke retningen for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren, ... Dette er meldingens viktigste formål” (s.14). Derfor vil kommunene få en endret rolle: ”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)” (s.15). Økonomiske insentiver skal ”understøtte den ønskede oppgaveløsningen og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette område” (s.15). Med dette vil en oppnå en ”riktigere bruk av sykehusene” (s. 15). Spesialisthelsetjenesten skal i større grad bruke sin spesialiserte kompetanse, og ”det er en ambisjon å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere

gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen” (s.16). I dette ligger det en ”riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten” (s.16).

Oppsummert skal det være en tydeligere arbeidsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten som skal behandle sykdom, og kommunehelsetjenesten. Den siste skal bidra til mestring av funksjonsnedsettelse. Kommunehelsetjenesten skal styrke det sykdomsforebyggende arbeidet.

Når vi tar et historisk tilbakeblikk, er det grunn til for det første å spørre hva som er det nye i 2012 og om det er større sannsynlighet for å nå målene denne gangen enn tidligere. Dernest understreker Samhandlingsreformen det helsefremmende og forebyggende perspektivet, vekten skal dreies mot kommunehelsetjeneste og mindre mot spesialisthelsetjenestens behandlende eller kurative funksjon. Samtidig vektlegges betydningen av demografiske endringer og økningen av eldre og dermed også mer kronisk sykdom og sammensatte sykdomsbilder.

Vi skal alle dø. De fleste dør gamle. Flere vil være syke og avhengige av pleie, hjelp og støtte den siste levetiden, kort eller lang. Gitt de demografiske kjensgjerninger som framholdes i samhandlingsreformen, gitt at sykdomsforebygging og helsefremming har noen grenser, og gitt at alt ikke kan behandles og at behandling noen ganger har uønskede komplikasjoner og skadevirkninger, er det påfallende at kroniske pasienter med langvarige lidelser og døende ikke i sterkere grad blir tematisert i samhandlingsreformen.

## NOEN HELSEPOLITISKE MÅL SISTE 40 ÅR

*Fra 1970-tallet: Desentralisering, samhandling og samordning*

I St.meld. nr. 59 (1967-68) Om hjelpeordninger for hjemmene blir det understreket at eldre som ikke lenger er selvhjulpne er et offentlig ansvar, samtidig hevdes det at de skal kunne forbli i sine vante omgivelser, altså hjemme, så lenge som mulig. Fram til slutten av 1960-tallet hadde institusjoner for eldre, det vil si gamlehjem og sykehjem, vært hovedelementet i eldreomsorgen (Nordhus, Isaksen & Wærness 1986). Flere menigheter drev ikke-fortjenestebasert privat hjemmesykepleie i form av menighetssykepleie. Utover på 1970-tallet blir imidlertid offentlig hjemmesykepleie gitt høyeste prioritet, ikke minst var dette viktig for å redusere presset på både sykehus og sykehjem. Hjemmesykepleien skulle forebygge innleggelse i institusjon og gjøre det lettere å skrive ut pasienter, fordi det ville være noen som kunne følge opp hjemme når pasienten ble utskrevet. Vi har samhandling og samordning som offentlig politikk mellom tjenestetilbud som sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie allerede på 1970-tallet. På slutten av 1970-tallet og på hele 1980-tallet kommer desentralisering tydelig til uttrykk både i eldreomsorgen, i helsevernet for psykisk syke og i reformen for psykisk utviklingshemmede, den såkalte HVPU-reformen (St.meld. nr. 68 (1986-87); St.meld. nr. 67 (1986-87); Alvsvåg & Tanche-Nilssen 1999). I 1994 får vi en stortingsmelding som nettopp tar

opp samarbeid i helsetjenesten, den har tittelen Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste (St.meld. nr. 50 (1993-94)).

*Fra 1980-tallet: Demografiske endringer og vekt på kommunehelsetjeneste*

I en stortingsmelding som kom i siste halvdel av 1980-tallet, St.meld. nr. 41(1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 skisseres framskrivninger av folkemengden og endringer i befolkningens sammensetning. Det slås fast at antall eldre, frekvensen av demenssyke og funksjonshemmede vil øke, noe som i sin tur øker presset på helsetjenesten. I St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste presiseres det at kommunehelsetjenesten er selve fundamentet i helsetjenesten. Den sikrer helhetlig behandling og omsorg, nærhet og god tilgjengelighet. Nærhet og oversikt bidrar til riktig prioritering av pasienter. Det pekes på utfordringer som helsetjenesten står overfor: ”Den demografiske utviklingen tilsier at det blir flere av de aller eldste de kommende år. ... ” (s.44). To hovedstrategier for utvikling av en bedre helsetjeneste ble slik formulert for 20 år siden i denne stortingsmeldingen: 1) En klarere og sterkere styring av helsetjenesten, og 2) bedre samarbeid og samordning, både mellom stat og kommuner/fylkeskommuner, og kommuner og fylkeskommuner imellom (s.46).

De demografiske endringer har vært vel kjente utfordringer i flere tiår. Kommunehelsetjenesten som fundamentet i en desentralisert helsetjeneste og behovet for samarbeid og samordning mellom de ulike nivåene har også vært tematisert i tidligere meldinger.

### *Fra 1980: Vekt på helsefremming og sykdomsforebygging*

I Kommunehelseloven av 1982 står det i det aller første punkt at fremming av helse og forebygging av sykdom omfattes av kommunens helsetjeneste. At helsefremming og sykdomsforebygging skal prioriteres er derfor ikke nytt i 2012. Kommunehelsetjenesteloven ble iverksatt i 1984 og "Den overordnede målsetting skulle nås ved økt vekt på forebyggende helsearbeid som ble pålagt gjennom loven..." (Martinsen 1989, s. 228). Helsepolitikk, primærhelsetjeneste og kommunehelsetjenestelov hørte sammen i 1982 (Schjøtz 2003, s.20-21). I St.meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 behandles "Helsefremmende og forebyggende arbeid – en overordnet samfunnsstrategi" i et eget kapittel, og det reflekteres over "Hvorfor har ikke forebyggende og helsefremmende tiltak vunnet fram?". Helsefremming og forebygging har stått sentralt i lovverk og i statlige meldinger fra 1980 årene, likevel fremmes dette som noe særlig det skal satses på i Samhandlingsreformen: "Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen" (Kap 7.6, s.83).

### ULIKE PASIENTGRUPPER I SKVIS MELLOM BEHANDLING OG PLEIE

Framtiden vil vise om vekten blir skjøvet fra kurativ medisin

og mer over på det som fremmer helse og det sykdomsforebyggende, slik noe av formålet med Samhandlingsreformen er. Reformen tydeliggjør arbeidsdelingen mellom hhv. det kommunen skal ha ansvar for og det sykehusene skal ha ansvar for. Sykehusene har fått en klarere oppgave: Å yte spesialiserte behandlingstjenester. Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er store og ressurskrevende samfunnssektorer. De oppfordres til å holde seg innenfor budsjetterte rammer, styres av økonomisk rasjonalitet hvor det gjelder å øke inntektene og redusere utgiftene. Det nye med Samhandlingsreformen er at kommunene skal bidra med "Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter" (s.15). Med dette vil en oppnå en "riktigere bruk av sykehusene" (s. 15). Sykehusene gis på denne måten en tydelig kurativ eller behandlende funksjon. Effekten av denne finansielle ordningen mellom forvaltningsnivåene kan være flere, kanskje også ha noen utilsiktede "bivirkninger"?

Ferdig behandlet på sykehuset vil si at pasienten har fått utført den bestilling som sykehuset fikk fra innleggende lege. Spesialisthelsetjenesten har slik sett levert det den skulle. Samtidig trenger ikke pasienten å være verken habiliteret eller rehabilitert, og kanskje har behandlingen redusert funksjonen eller det har oppstått komplikasjoner. Pasienten kan gjerne ikke utskrives til hjemmet, det kan være krevende nok for sykehjem å ta imot pasienten som er medisinsk ferdigbehandlet på sykehuset. Mange sykehjem har kvalifisert personalet, eller driver opplæring, til nye avanserte behandlings- og pleieoppgaver for nettopp å ruste seg for å ta imot svært syke pasienter. Det må dessuten ryddes plass på sykehjemmene for de utskrivingsklare pasientene på sykehuset. Spørsmålet er om det er de uten rehabiliteringspotensiale som enten ikke får plass på sykehjem eller som må skrives ut fra sykehjem til



hjemmet. Vil det være de som ansees som "resultatløse" i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Alvsvåg 1985) som vil tape på reformen? Vil sykehjem utvikle seg til B-sykehus eller til "sykehjemssykehus"? Og hvordan vil det så gå med å endre retning fra behandling til mer satsing på forebygging og helsefremming? Vil behandlingssideologien ikke bare prege sykehusene men også mer og mer kolonialisere kommunehelsetjenesten?

Det er grunn til å tro at effekten av de nye finansielle styringsnormene vil bli realisering av et vel kjent og gammelt LEON-prinsipp (St.meld. nr. 9 (1974-75); NOU 1982), men hva med det nye BEON-prinsippet? Hva er Best Effektive Omsorgs Nivå? Hvem avgjør det: pasienten, pårørende, legen eller sykepleieren? Det best effektive, gjelder det kun medisinsk behandling? Hva med den pleien, omsorgen, forebyggingen og rehabiliteringen som gjør pasienter i stand til å klare livet utenfor sykehuset med større eller mindre hjelp og støtte? Tiden er overmoden til å stille spørsmål ved om de økonomiske intensivene kun skal relatere seg til behandling. Behandling trenger pleie, rehabilitering, omsorg og forebygging av mangt og mye for å lykkes.

Vil resultatet bli at sykehusene tilbyr "behandling – uten pleie og omsorg?", for å snu på tittelen Pleie uten omsorg? (Martinsen &

Wærness, 1979). En trenger i kommunehelsetjenesten spesielt å være oppmerksom på at vi har ulike pasientgrupper, spissformulert "resultatsikre" og "resultatløse". Disse har ulik verdi i et samfunnsøkonomisk nytteperspektiv. Spørsmål som også kan stilles er om det kommer til å bli mer behandling på bekostning av helsefremming, forebygging og rehabilitering i kommunehelsetjenesten, altså stikk i strid med det som er intensjonen med Samhandlingsreformen.

#### Litteratur

Alvsvåg, H. (1985) Har sykepleien en framtid? Oslo: Universitetsforlaget.

Alvsvåg (2010) Har sykepleien fortsatt en framtid? I Andersen, A.W. & Larsen, I.B

(red.) Utdanning til omsorg – i fortid, nåtid og framtid. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Alvsvåg, H. & Tanche-Nilssen, A. (1999) Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat. Oslo: Tano-Aschehoug.

Martinsen, K. (1989) Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Tano.

Martinsen, K. & Wærness (1979) Pleie uten omsorg? Oslo: Pax Forlag.

Nordhus, I.H., Isaksen, L.W. & Wærness, K. (1986) De fleste gamle er kvinner. Oslo: Universitetsforlaget.

St. meld. nr. 59 (1967-68) Om hjelpeordninger for hjemmene.

St.meld. nr. 68 (1984-85) Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste.

St.meld. nr. 67 (1986-87) Ansvar

for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede.

St.meld. nr. 41(1987-88) Helsepolitikken mot år 2000.

St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.

Helse og omsorgsdepartementet (1982) Kommunehelseloven av 1982.

St.meld. nr. 9 (1974-75) Om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen.

NOU 1982:10 Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.

Sosial- og helsedepartementet (1994) St.meld.nr.50 (1993-94). Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Schiøtz, A.(2003) Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Oslo: Universitetsforlaget.