



Torill Sæterstrand,  
førstelektor, Høgskolen i  
Bodø.



Wivi-Ann Tingvoll,  
førstelektor, Høgskolen i  
Narvik.

# Mer samhandling gir bedre kommunehelsetjeneste

Samhandlingsreformen er en desentraliseringsreform som innebærer at sykehusene avlastes gjennom et bedre kommunalt og interkommunalt tilbud.

Samhandlingsreformen har mange muligheter, men det er betydelige utfordringer som må løses før den kan gjennomføres i praksis. Etter at staten overtok ansvaret for sykehusene i 2002 har spesialisthelsetjenesten vokst, mens kommunehelsetjenesten har stagnert. Før 2005 sa man at pasienten var ferdigbehandlet, nå sier vi at pasienten er utskrivningsklar (1). Utskriving fra sykehuset kan først skje når kommunen har tilrettelagt for et videre omsorgstilbud. Dette betyr at pasientene skal viderebehandles i sitt nærmiljø i kommunen.

Holmås m.fl. (2) viser at det er en klar sammenheng mellom kommunens ressursforbruk på pleie- og omsorgstjenester og pasienters liggetid på sykehus. Mangel på kommunalt helse- og omsorgstilbud kan også føre til en lavere terskel for å legge inn pasienter på sykehus. Det taler for at samarbeid og samhandling mellom de to forvaltningsnivåene er nødvendig for å få til gode pasientforløp, og en samfunnsøkonomisk mest mulig effektiv og rasjonell ressursforbruk.

## Målet med reformen

Målet med samhandlingsreformen er å flytte en større del av helsetjenesten ut i kommunene. Befolkningen skal kunne få flere spesialiserte helsetjenester i sitt nærmiljø. I dag skrives mange pasienter dessverre ut fra sykehusene uten tilstrekkelig oppfølging. Årsaken til dette er at organisering, samhandling og ressursfordelingen ikke er god nok. Mange av de oppgavene som tidligere var spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, vil nå bli overført til kommunene. Dette betyr at samhandlingsreformen får spesielt store konsekvenser for tjenestetilbudet til syke eldre, psykisk syke og kronikere samt for KOLS-, kreft- og diabetespasienter.

Samhandlingsreformen skal iverksettes fra 2012 (3). Et sentralt punkt er at det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant i stedet for å reparere i etterkant. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og sørge for at det lønner seg for kommuner og sykehus å samarbeide. (1).

## Kommunal medfinansiering

Et vesentlig grep i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som gjør det lønnsomt for sykehus og kommuner å samhandle på tvers av nivåene. Regjeringen foreslår å gi kommunene et medfinansieringsansvar for pasienter som behandles i sykehus.

Kommunen vil få et økonomisk ansvar som tilsvarer 20 prosent av sykehusets finansiering. Det innebærer at når noen fra kommunen er innlagt til behandling i sykehuset, så må kommunen stå for en femtedel av kostnaden. Altså et insentiv til kommunene for å hindre innleggelse i sykehuset av pasienter som kan behandles i kommunene. Kommunal medfinansiering skal inspirere kommunene til å vurdere egen helseinnsats i et helhetlig faglig og samfunnsøkonomisk perspektiv (3). Faren ved dette kan være at reformen laster ansvaret for å bremse utgiftsveksten i helsetjenesten over på kommunene. Regjeringen vil vurdere flere modeller av denne finansieringsforskyvningen: en generell medfinansiering, en avgrensning knyttet til enkelttilfeller og en avgrensning knyttet til alder fordi reformen forutsetter at pengene følger pasienten.

## To finansieringsmodeller

Samhandlingsreformen støtter seg på to ulike finansieringsmodeller. Enten et kommunalt totalansvar, BEON (beste effektive omsorgsnivå), eller at det opprettes en lokal statlig enhet i kommunen som fatter vedtak ut fra et velutviklet regelverk. Vi mener at det er utfordringer ved begge modellene. For det første vil en lokal, statlig enhet bli byråkratisk, mens et kommunalt totalansvar vil medføre at de kronisk syke, som er særlig kostnadskrevenende i pasientbehandling, atter en gang blir nedprioritert. Regjeringen foreslår ikke en slik omfattende endring, og vi mener dette er en klok beslutning. Reformen er i seg selv er så omfattende at man ennå ikke vet hvor langt man kan gå i overføring av helsetjeneste fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

## Fast kontaktperson

I reformen heter det «Riktig tiltak på riktig nivå til riktig tid», og dette vil få betydning for hvordan man organiserer tjenestetilbudet rundt den enkelte bruker. I hovedsak bør pasienten behandles i sitt eget hjemmemiljø (4). Det forutsetter at det er en godt organisert tjeneste. Samhandlingsreformen legger opp til at de gruppene som har sammensatte behov for helsetjenester skal ha en fast kontaktperson. Denne koordinatoren eller kontaktpersonen må kunne fungere i henhold til denne intensjonen. Normann (5) påpeker at kommunene må prioritere denne funksjonen, og at en

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Samhandling
- ▶ Helseøkonomi
- ▶ Politikk
- ▶ Kommunehelsetjeneste





**FLERE FAGFOLK:** Samhandlingsreformen krever en total styrking av pleie- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune. Foto: Scanpix

fast kontaktperson skal være koordinator for pasienten. Vi støtter forbundsleder Normanns kommentarer i Sykepleien nr. 11/2009. Dette krever både ressurser, kompetanse og myndighet hos kontaktpersonen hvis han skal ha mulighet til å fungere tilfredsstillende som binde-ledd mellom de ulike nivåer og tjenester. Denne tenkingen må virkelig være godt forankret i ledelsen i kommunene.

Reformen legger opp til at man må tenke nytt i forhold til organisering av tjenesten og det er tatt til orde for tiltak som sykestuer, observasjonsposter på sykehjem og felles akuttmottak (1). Man har allerede gode erfaringer med intermediære enheter i sykehjem i Norge, dette kommer frem også hos Windspoll (6).

#### Flere sykepleiere

Innføringen av samhandlingsreformen forutsetter at ansatte har kompetanse som kan møte utfordringene. Flere oppgaver i kommunehelsetjenesten og færre sykehusinnleggelses fordrer et bedre mottakerapparat som krever en styrket legetjeneste (7) En forutsetning for at man skal klare oppgavene i kommunehelsetjenesten er at fastlegen og allmennlegetjenesten integreres på en bedre måte. Dette betyr at allmennlegetjenesten må forankres og integreres bedre. Kommunene svikter allerede i dag. Det må være et samsvar mellom det reformen legger opp til og det som gjøres i kommunene i forhold til i budsjett. Det innebærer store utfordringer å få leger ansatt i sykehjem. Fastlegene er tilgjengelige for dem som kan oppsøke kontoret, men dette fungerer dårlig for sårbare grupper. Det krever et mye tettere samarbeid med sykepleiere og annet personell både i åpen omsorg og i sykehjemmene for å kunne gi befolkning et helhetlig og forsvarlig helsetilbud. Reformen legger opp til å øke antallet fastleger. Dette er nødvendig, men for å kunne gi et helhetlig helsetilbud er det også

behov for økning av andre yrkesgrupper. For å forbedre pasientenes mottakerapparat kreves det mange flere sykepleiere. I tillegg trenger man å styrke den øvrige pleie og omsorgstjenesten i kommunene.

#### Konklusjon

Skal reformen lykkes med overføringen av oppgaver til kommunehelsetjenesten og færre innleggelses i sykehus, er god forankring i politisk miljø og blant ledere og fagfolk i kommunene og i spesialisthelsetjenesten en forutsetning. Det er spesielt viktig at den politiske ledelsen i kommunene viser tydelige og klare priori-

## For å forbedre pasientenes mottakerapparat kreves det mange flere sykepleiere.

teringer i rollen som arbeidsgivere. Et av virkemidlene er å plassere ansvaret for de ulike oppgavene til fast adresser (1). Kommunene har en formidabel utfordring med å bygge opp kompetanse og ressurser for denne nye utviklingen. Reformen innebærer nye rettigheter og større krav til desentralisering, i tillegg til variasjoner i tilbudet lokalt. Man må også tenke på individbaserte løsninger (8) og fagfolk som ansettes må kunne håndtere krevende oppgaver som større satsning på rehabilitering (9).

Små kommuner med få fagfolk krever tett samhandling med andre kommuner for å lykkes. Samhandling med andre kommuner vil samtidig kunne bidra til å støtte opp under små sårbare fagmiljøer. Spesialisthelsetjenesten må være villig til å flytte mer av sin kompetanse ut i kommunene. Det vil si at det må stimuleres til løsninger der kompetansen i sterkere grad følger pasienten. ■■■

#### LITTERATUR

- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. St.meld.nr. 47(2008-2009). Oslo: 2009.
- Holmås m.fl. (2007) Eldre sykehus pasienter og det kommunale pleie og omsorg-tilbudet. <http://rokk.uib.no/publication/fikes/219-HEBrapport0407.pdf> (lest 25.09.2009)
- Kleppa; M.M. (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling på rett sted – til rett tid
- Tingvoll; W.A. & Sæterstrand, T. (2007). Sykehjemets rolle i fremtidens helsevesen. Tidsskrift for den norske Lægeforening 17/2007; 127:2274-5.
- Normann, L. (2009). Samhandlingsreformen. Fra intensjon til handling. Tidsskriftet Sykepleien 11/2009.
- Windspoll, R.J. (2009). Kan samhandlings-tiltak redusere antallet korridorpasienter? Rapport. Sosial og helsedpt. St.Olavs hospital 1 oktober 2009. [www.og.bedre-skal.det.bli.no](http://www.og.bedre-skal.det.bli.no)
- Tingvoll, W.A., Sæterstrand, T. & Fredriksen Dreier, S.T. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. Vård i Norden nr. 1/2010. Vol 30 ss.29-34.
- Individuelle planer. Veileder til forskrift om individuell plan. IS 1253. Sosial- og helsedirektoratet. 2005. Helse og omsorgsdepartementet St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted- til rett tid
- Tingvoll; W.A. & Sæterstrand, T. (2008). Sats på rehabilitering. Rehabilitering blir ikke prioritert verken i åpen omsorg eller i sykehjemmene. Tidsskriftet Sykepleien 13/2008;84-85.