

SAMHANDLINGSREFORMEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

Samhandlingsreformen har til hensikt å sikre større grad av samarbeid mellom sykehusene og kommunene. Reformen ble iverksatt 1. januar 2012 og er regulert av lover, forskrifter og formelle avtaler mellom partene. Det påhviler kommunene nå et stort praktisk og økonomisk ansvar for behandling av pasienter som sykehusene tidligere tok ansvar for.



Samhandlingsreformen innebærer at kommunehelsetjenesten skal overta sykehusoppgaver, mens spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres enda mer.
(Foto: Helse Nord-Trøndelag HF)

Av Tor-Ivar Karlsen

Daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen uttalte følgende 10. september 2008: «I den grad vi har en krise, ligger den i at vi har for dårlig samhandling mellom stat og kommune. Derfor er det behov for en samhandlingsreform!».¹

Fra hjemmesiden til Helsedirektoratet i 2015 ser vi at strategiene bak samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Direktoratet understreker at pasienter skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor og at det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret flyttes mellom sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler kan bidra til dette.²

Det følger videre av direktoratets beskrivelse at samhandlingsreformen er ambisiøs. Reformen hadde, og har fortsatt, som overordnet hensikt å skaffe kontroll over og begrense kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten, særlig i landets sykehus. Reformen skyver deler av ansvaret for helsehjelpen til kommunene. For å sikre at kommunene tar ansvaret som blir pålagt dem, skal det utformes skriftlige avtaler mellom sykehusene og kommunene og herunder pålegges kommunene et betydelig økonomisk og praktisk ansvar.

I tillegg til to nye lover, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester³ og lov om folkehelsearbeid,⁴ kom bestemmelser som regulerte kommunal medfinansiering av sykehusbehandling og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Kommunal medfinansiering innebærer at hver kommune skal dekke 20 % av kostnadene for alle medisinske innleggelse og konsultasjoner som kommunens innbyggere har hatt i spesialisthelsetjenesten. I 2012 ble det overført 4,2 milliarder kroner fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunene må betale tilbake til det regionale helseforetaket i forhold til det antallet pasienter som hadde benyttet sykehustjenester. Dersom kommunene ikke klarer å ta i mot utskrivningsklare pasienter, pådras de dagbøter på kr. 4 000 pr. døgn.

I praksis innebærer reformen at spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres enda mer, at kommunehelsetjenesten skal overta sykehusoppgaver og at kommunene skal betale deler av utgiftene til sykehusene. Slik sett framstår reformen mer som en «oppgavefordelingsreform» enn en «samhandlingsreform».⁵

Det er ønsket om økonomisk effektivitet som er driveren bak reformen, og måten reformen struktureres bærer preg av dette. Sykehusene kan spare penger ved å korte ned på liggetidene og kommunene gis en mulighet for å spare penger gjennom et økt fokus på folkehelsearbeid og skade- og sykdomsforebyggende tiltak i befolkningen. Disse

motivasjonsfaktorene håndteres av komplekse byråkratiske elementer som kontroller og håndterer de enorme pengesommene som flyttes fram og tilbake mellom de involverte aktørene.

Reformen forutsetter at kommunene skal håndtere disse utfordringene, men halvparten av Norges kommuner har mindre enn 4 500 innbyggere og en fjerdedel har mindre enn 2 200 innbyggere. Kan vi forvente at de minste kommunene har tilstrekkelig samlet kompetanse til å ivareta ansvaret som reformen pålegger dem?

I det følgende presenteres tre oppgaver som fra hver sin kant kaster et kritisk blikk på gjennomføringen av samhandlingsreformen.

I en oppgave fra Universitetet i Agder har Ege-land, Nesheim og Urstad analysert hvordan geografisk avstand til sykehuset påvirker andelen innleggelse og konsultasjoner, og dermed størrelsen av den kommunale medfinansieringen. Forfatterne fant at de kommunene så lå nærmest sykehuset hadde størst forbruk av sykehustjenester. Dette er interessant for det åpner for nye spørsmål. Hvilke tiltak utøves i grisgrendte kommuner som gjør at behovet for sykehustjenester er lavere?

I en oppgave fra Høgskulen i Volda presenterer Folgerø-Holm, Færøy og Sørebo en studie av ansattes opplevelse av samarbeidsavtalene. Disse samarbeidsavtalene er juridisk bindende dokumenter som regulerer viktige prosessuelle og økonomiske elementer knyttet til sykehusbehandling og overføring av pasienter til kommunehelsetjenesten. Forfatterne fant at avtalene fungerte suboptimalt, og at prosessene og de menneskelige relasjonene må få større fokus. Dette er interessant; handling og samarbeid kan ikke reguleres 100 % juridisk så lenge det i det virkelige liv er fagfolk og mennesker som skal kommunisere, jobbe sammen og finne nye løsninger.

I en tredje oppgave fra Høgskulen i Volda fant Stavø at sykepleierne mente at pasientene i mange tilfeller ikke var ferdigbehandlet ved sykehuset ved utskrivning, og at de etter noen dager derfor måtte reinnlegges. Dette åpner for minst to viktige spørsmål: Har reformen gjort det lettere for sykehusene å skrive ut alvorlig syke pasienter? Hvilke muligheter har kommunene til å bygge opp egen spesialistkompetanse for å ivareta nye og mer alvorlig syke pasientgrupper?

Noter:

1 <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/tale-til-pasientsikkerhetskonferanse-10-/id526174/>

2 www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen

3 LOV-2011-06-24-30

4 LOV-2011-06-24-29

5 Romøren, Torjesen og Landmark, 2011, Promoting coordination in Norwegian health care, in *International Journal of Integrated Care*, 2011:11.

Tor-Ivar Karlsen er PhD og utdannet sykepleier og statsviter. Han arbeider som førsteamanuensis ved Universitetet i Agder, og er fagansvarlig for studiet «Helse og Omsorg i Plan».