

Ønsker lokale kunnskapsløft



Bare én av ti helsekroner går til å forske på helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det holder ikke, mener Åse Snåre i KS.

TEKST

Nina Strand

PUBLISERT 1. juli 2019

– Du vil ha et kunnskapsløft i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Hvorfor?

– Kommunenes oppgaver blir stadig mer omfattende og komplekse, og KS mener det er en skjevhet i hvordan forskningsmidlene brukes. Halvparten av helsekronene brukes i kommunene, men bare én av ti forskningskroner er knyttet til kommunetjenestene. Dette må rettes opp. Nå initieres forskning på kommunenes helsetjenester av andre enn kommunene selv, noe som betyr at det er andre enn aktørene selv som stiller spørsmålene. Vi trenger forskning i kommunene, ikke bare på kommunene. I dag mangler vi forskningsbasert kunnskap om hvordan vi kan løse kommunenes utfordringer. Hvordan skal vi da vite om vi tar de riktige valgene?

– Kravene til samhandling mellom helseforetak og kommuner øker. Hva er de største utfordringene med samhandlingen i dag?

– Det har pågått en stadig raskere omlegging med nedlegging av døgnplasser i psykisk helsevern. Det handlet blant annet om at de psykiatriske institusjonene i altfor stor grad var oppbevaringsinstitusjoner. I dag forventes det at kommunene skal ta flere oppgaver enn før fra sykehusene, samtidig som de skal legge om sine tjenester med vekt både på forebygging og utvikling av «basis-tjenestene»: et godt og trygt sted å bo, en

meningsfull hverdag med aktivitet på dagtid, og helsehjelp når det trengs. Sykehusene på sin side avgrensner aktiviteten til det som er hovedoppdraget, nemlig behandling. Når behandlingen er avsluttet eller ikke virker, skal pasienten tilbake til kommunen. Det stiller store krav til samarbeidsrutinene, særlig med hensyn til de langvarig syke innbyggerne. Spesialisthelsetjenesten og kommunene har et felles samfunnsoppdrag, men arbeider innenfor ulike rammebetingelser og har i noen grad ulike mål. Det skaper utfordringer for god samhandling.

– Vi leser i mediene om samhandling som ikke fungerer. Hvilke konsekvenser får dette for de innbyggerne som trenger hjelp?

– For eksempel at dersom en person utskrives fra sykehuset uten å ha en bolig å komme tilbake til, kan veien være kort tilbake til vagabonderi og rus. Eller at personen har bolig, men mangler et sosialt fellesskap, eller jobb. Andre blir skrevet ut basert på en ren helsefaglig vurdering, uten hensyn til at innbyggeren kanskje kommer tilbake til lokalmiljøet som gjorde ham eller henne syk. Samhandlingen kan også glippe ved at det legges opp til at innbyggeren selv skal følge opp sin egen medisinerings etter utskrivning. Ikke alle klarer det. Noen trenger oppfølging samtidig fra spesialisthelsetjeneste og kommune.

– Hva slags oppfølging sikter du til da?

«Spesialisthelsetjenesten og kommunene har et felles samfunnsoppdrag, men arbeider innenfor ulike rammebetingelser og har i noen grad ulike mål. Det skaper utfordringer for god samhandling»

Åse Snåre i KS

– Noen trenger helse- og omsorgstjenester fra eksempelvis et tverrfaglig team som kan trå til ved kriser, eller i enkelte perioder. Det er viktig at sykehusene ikke avgrensner sin aktivitet ved sykehusveggen, men kommer ut og er til stede der folk lever og bor. Her har vi jo eksempelvis FACT, der spesialisthelsetjenesten og kommunen har felles oppfølgingsansvar for en definert gruppe pasienter, og tilpasser bistanden til hvordan det står til med den enkelte akkurat nå.

– Fra i år må kommuner som ikke greier å ta imot ferdigbehandlede pasienter fra spesialisthelsetjenestene i psykisk helse, betale bot, slik det har vært i somatikken. Din kommentar?

– KS var opprinnelig imot bøter. Vi var og er usikre på om betalingsordningen virker fremmende på samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. Det er for tidlig å si noe

om hvordan ordningen vil påvirke tilbudet. Hittil har vi ikke fått signaler om at dette er et problem, og dette er noe KS kommer til å følge med på.

– Hvordan få til læring mellom kommuner som får til samhandlingen, og de som ikke får det til?

– Læringsnettverk er etter vårt syn en god metode. Sammen med sykehusene og Folkehelseinstituttet driver vi nettverket «Gode pasientforløp», der kommuner og sykehus jobber sammen for å fremme kvalitet og samhandling. Noen jobber for å etablere et felles idégrunnlag, for eksempel i Rogaland, som satser på recovery. Men det som er vellykket ett sted, kan ikke bare overføres til en annen kant av landet. Demografien er forskjellig, topografien likeså. Noen steder har mye folk og små avstander, andre steder lite folk og store avstander. Utviklingen av samhandling må skje mellom de som faktisk skal samhandle. Relasjonene må bygges lokalt.

– Hva kjennetegner kommuner som får det til?

– Den kunnskapen vi har, tilsier at tillit er et nøkkelord. Tilliten må bygges lokalt. Det samme gjelder respekt for hverandres roller og oppdrag. Forankring i ledelsen før man setter noe i gang, er avgjørende. Noen har hatt utfordringer fordi man ikke skilte godt nok mellom strategiske og operasjonelle diskusjoner: Det fungerer for eksempel ikke med ordførere i møte med hjelpepleiere. Det er klokt å etablere møtearenaer på flere nivåer: på overordnet strategisk nivå, på ledernivå og på operativt nivå. Så bør man utvikle klare og godt forankrede samarbeidsavtaler; ikke for generelle, men heller ikke for detaljerte. Avtalene må være så klare at man kan bruke dem både i planlegging av tjenester og ved uenighet.

– Du sa til Dagens medisin at mange kommuner føler seg overkjørt av helseforetakene, og står med lua i handa?

– Det bygger på meldinger vi har fått fra kommunene, der noen har opplevd at sykehusene opptrer som en storebror i forhandlingene med kommunen, og at avtaler blir presentert som diktat. Vi i KS ser at helseforetakene ikke kan ha forskjellige avtaler med hver kommune, og vi ser at kommunene nok ikke har vært flinke nok til å bli enige seg imellom. Nå merker vi en endring. Mange ønsker bedre kontakt med hverandres tjenesteutøvere, for eksempel ved at fastlegen kan ringe spesialisthelsetjenesten for å få informasjon om hva en pasient trenger. Det er ingen selvfølge i dag. De som har gode systemer for slik kommunikasjon, lykkes best i samhandlingen.

Hvorfor NÅ?

- Frem mot kommunevalget i høst retter Psykologtidsskriftet søkelys på psykisk helsefeltet i et utvalg kommuner.
- Kravene til samhandling mellom helseforetak og kommuner øker. Det forventes at kommunene skal ta flere oppgaver enn før fra sykehusene, samtidig som de skal legge vekt både på forebygging og oppfølging av innbyggere med langvarige psykiske helseutfordringer.

- Åse Laila Snåre er avdelingsdirektør for Helse og velferd i Kommunenes Sentralforbund (KS)

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 7, 2019, side 472-473

TEKST

Nina Strand, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening