

Samhandlingsreformen: En fare for personer med utviklingshemning?

Tekst Erik Søndena. Foto Kim Berge

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen ble presentert som et svar på at de eventuelle problemene som forekommer i helsenorge bygger på dårlig samhandling mellom stat og kommune. Regjeringen har sett utfordringer i 1) svak koordinering av helsetjenestene, 2) mangelfull sykdomsforebygging, 3) flere kronikere og eldre med sammensatte behov og 4) sterk kostnadsvekst. En klarere pasientrolle der pasienten blir vurdert i et helhetsperspektiv, styrking av forebyggende og kostnadseffektive tiltak i kommunene og en tydeligere spesialisering innen spesialisthelsetjenestene er de overordnede målsetningene.

Reformen har vakt stor debatt, og en rekke kritiske anmerkninger har kommet. Mange har hevdet at reformen forutsetter en omfattende sammenslåing av kommuner. Styrking av kommunehelsetjenesten blir også av mange forstått som en nedprioritering av spesialisthelsetjenesten. Stortingsmeldingen kritiseres fra psykologforeninga som hevder at en ensidig satsingen på fastleger vil ligge til hinder for de store helseutfordringene som følge av psykiske lidelser og rus, og at frigjort tid for fastlegene vil bli spist opp av legevakt, koordinering og administrasjon. Fellesorganisasjonen mener på den andre siden at deres medlemmer er godt ivaretatt gjennom stortingsmeldingen og at denne angir god retning for bedre koordinerte helse- og sosialtjenester. Legeforeningen kritiserer en pålagt reduksjon av antallet pasienter per fastlege og den økte mengden av "pliktarbeid" for det offentlige ved sykehjem og helsestasjoner.

For personer med utviklingshemning kan Samhandlingsreformen få stor betydning. Regjeringen foreslår en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter som trenger samordnede tjenester får en koordinator. Regjeringen foreslår også at fastlegene skal følge

opp enklete pasienter spesielt nøye. De skal få en risikooppfølging fra fastlegen.

NAKU har i sin rapport om helseoppfølging av personer med utviklingshemning fra 2007 angitt en rekke områder der helsetjenestene har et forbedringspotensiale. Tiltaksforslagene er blant annet nedfelt i åtte punkter på systemnivå der det først og fremst blir påpekt et behov for styrket helsetjenestetilbud for personer med utviklingshemning. Spesifisering av behovene til personer med utviklingshemning må komme tydeligere fram både i offentlige planer, helsetjenesteforskning og den helsefaglige bevissthet.

Skulle stortingsmeldingen etterleve disse tiltaksformuleringene, hadde vi hatt formuleringer som mer eksplisitt beskrev utviklingshemmedes behov for samhandling i helsetjenestene. Det finner vi ikke. Helsetjenesteforskningen er etter NAKU sin rapport svak på områder som gjelder allmenlegetilbudet og spesialisthelsetjenestetilbudet, og i fravær av slik forskning (les: kunnskap) kan personer med utviklingshemning lett bli rammet av en helsefaglig bevisstløshet.

Personer med utviklingshemning får i dag sine omsorgstjenester i kommunene. Med avviklingen av institusjoner har vi sett en rask forflytning av kompetanse fra spesialisthelsetjenestene og over i førstelinjetjenestene. Den resten av spesialisthelsetjenestene som i dag er representert ved habiliteringstjenestene, fungerer oftest ambulant og dermed i tettere kontakt med førstelinja. Med opprettelse av "helsekommuner" der små kommuner må finne sammen og løse deler av oppgavene som hører til spesialisthelsetjenesten i dag, blir det naturlig å se for seg ytterligere spesialisering i spesialisthelsetjenesten og økt kompetanse i kommunene. Habilitere-

ringstjenestene er ulike. Kompetansen er varierende, spesialitetene er forskjellige og de orienterer seg ulikt mot annen spesialisthelsetjeneste. Derfor kan habiliteringstjenesten bli oppfattet som uklar mellom kommunale og spesialiserte helsetjenester. I forbindelse med ansvarsreformen ble den allmenne spesialisthelsetjenesten styrket for å imøtekomme behov hos personer med utviklingshemning. I følge helseoppfølgingen fra NAKU (2007) har denne i liten grad styrket sin kompetanse i arbeide med utviklingshemmede. Dette utgjør en reell fare for diskriminering fordi kommunikasjon med og oppfølging av spesialiserte tjenester blir for generell.

Finansieringsmodellen innebærer at rammetilskuddet til kommunene skal økes på bekostning av spesialisthelsetjenestene. Ved siden av å forebygge sykehusinnleggelse skal kommunene få utvidet ansvar i forhold til en rekke pasientgrupper og helseproblemer som i dag blir liggende på sykehus i fravær av lokale tjenestetilbud. Utviklinga av folkesykdommer som kols, diabetes, psykiske lidelser, rusrelaterte helseskader samt demens skal i hovedsak avhjelpest med kommunale tiltak. Dette er omfattende og ressurskrevende oppgaver som nok vil gi habiliteringsbe-

hovet til personer med utviklingshemning sterk konkurranse.

Mange personer med utviklingshemning trenger bistand for å følge opp sine mulige helseplager. Det ser ut til at myndighetene har bestemt at veksten i helsesektoren må avta, og at prioriteringene må bli strammere. I dette klimaet må bistandspersonellet styrke sin argumentasjonskraft. For personer med utviklingshemning som skal ivareta sine behov selv, er jeg redd samhandlingsreformen vil gi et svekket tilbud.



Erik Søndena