

Helge Ramsdal:

Fra «Kunst» til «Cochrane»?

Samhandlingsreformen mellom politikk og fag.

Problemstillinger:

1. Samhandlingsreformen – «reformanalyse»
2. Samhandling – analytiske perspektiver
3. utfordringer for samhandling i psykiske helsetjenester

”Samhandling”

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en rasjonell og koordinert måte”.

(St.m. nr. 47, s. 13)

2. Samhandling - Determinanter

	«Hemmer»	«Fremmer»
Systemiske: Omgivelsene; økonomiske og legale rammebetingelser, utdanningssystem etc.		
Organisatoriske: Struktur, styrings- og ledelsesformer, ulike samordningsformer		
Relasjonelle: mellommenneskelige faktorer, gjensidig respekt etc.		

Hvorfor en samhandlingsreform?

1. "Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester"
2. "Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom"
3. "Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne"

1. Reformanalyse – er Samhandlingsreformen en ”reform”?

Reform: En helhetlig strategi for politisk styrte endringer.

De klassiske velferdsreformene: «reformteknologier»

- Målgruppe
- Mål
- Virkemidler: (gulrot og pisk):
 - legale,
 - økonomiske, (øremerkede)
 - organisatoriske,
 - kompetanse, (profesjoner som iverksettere)
 - veiledning
- Kontroll/evalueringer

Hovedgrep (tiltak)

”Klarere pasientrolle”

Pasientmedvirkning også i struktur- og systemtiltak.

”Gode, helhetlige pasientforløp bør i større grad ... bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten” (s. 14)

Lov: ”Plikt til å gi pasienter med behov for koordinerte tjenester en egen person som kontaktpunkt i tjenestene”

Hovedgrep (tiltak)

”Ny fremtidig kommunerolle”

Veksten i behov for helse- og omsorgstjenester må i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene.

Kommunene skal sørge for helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp ivaretas etter prinsippet om

”Beste effektive omsorgsnivå” (BEON)

Merk:

” Hvilke oppgaver, omfanget av disse og tidspunkt for iverksettelse vil Regjeringen ta stilling til etter at St. m. nr.47 er behandlet i Stortinget” (s.15).

Hovedgrep (tiltak)

«Spesialisttjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse».

Anvende ny teknologi og metodeutvikling

Riktigere oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisttjeneste (BEON-prinsippet)

Virkemidler

- **Lovendringer.**
- **Finansieringsordninger** – men: Regjeringen tok ut forslaget om generell kommunal medfinansiering av spesialisttjenestene etter høringsrunden – det mest radikale forslaget!)
- **Samarbeidsavtaler** mellom kommuner og spesialisttjenester
- **Lokalmedisinske sentra**
- **Tverrfaglige team, inkl. ambulante team**
- **Lærings- og mestringstilbud i kommunene**

Spesielt om psykisk helse og rus:

- Forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud (Folkehelseloven)
- Forsterkede bo- og behandlingstilbud i kommunen ved psykiske lidelser
- Ambulante team
- Lavterskel helsetilbud til rusmiddelavhengige

Reformer i «vår tid»: antesipering og fleksibilitet

- Nye forvaltningspolitiske rammebetingelser – frihet i organisering
- Global og lokal kunnskapsutvikling
- Et dynamisk felt (spesialisttjenester/sykehus, lokale tjenester)
- Stor lokal kompetanse
- Stor iverksettingslojalitet – tillit (Opptappingsplanen for psykisk helse)

«Hvordan iverksette en reform en ikke vet hva inneholder?» - en «retningsreform»

«Antesipering» - Lokale prosesser:

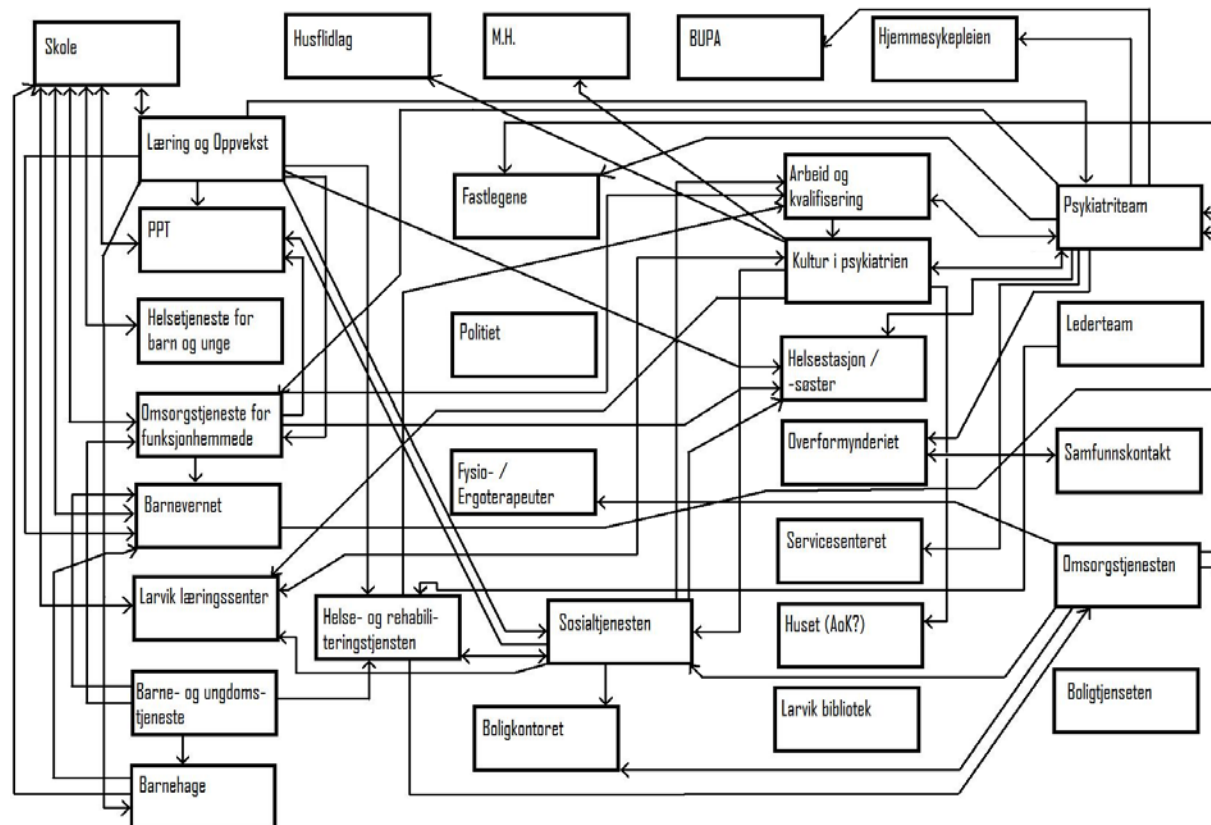
- Indre Østfold – 8 kommuner i prosjekt, stort og komplekst (10- 15 arbeidsgrupper)
- Fredrikstad/Hvaler – 2 kommuner (10 arbeidsgrupper)

Tre sammenvevde problemstillinger:

- samhandling internt i kommunene
- interkommunalt samarbeid
- samhandling kommuner – sykehus/spesialisttjenester

Samhandling internt i kommunene

Tabell 1. Et nettverkskart - "Hvem har kontakt med hvem?"



Interkommunalt samarbeid

- Små kommuner - Kompetanseproblemet
- Små kommuner sammen med en storkommune - synergier
- Problemene med interkommunalt samarbeid er at det er sårbart, krever komplekse ordninger for økonomiske spørsmål, plassering av fagfolk/tjenester etc.
- Kommunesammenslåinger?

Samhandling spesialisttjenester/sykehus - kommuner

«Spesialisttjenestene mer spesialiserte» - hva innebærer det?

« *The hospital throw the rest of the system out of control* » – hvordan unngå det?

Avtaler/ Administrativt samarbeidsutvalg

Overføring av oppgaver til kommunene – hvilke?

Hvordan vil finansieringssystemet slå ut?

Hvordan skal kommunene få kompetanse til å heve det faglige arbeidet?

Blir det bedre samhandling, blir det billigere?

Forebyggende arbeid og folkehelsearbeid

- **Hvordan skal en styrke forebyggende arbeid?**
- **Statsbudsjetten 2012.**
 - For 2012 er det avsatt 150 mill. til å styrke samhandling.
 - 2012 varslet en gjennomføringsplan for den nye Folkehelselova
 - Realvekst i kommunene på 5 milliarder (3,75 milliarder er frie inntekter),
 - Noe mer til tobakkskampanjen, til rusmiddelforebygging, og 10 mill. til helsestasjons- og skolehelsetjeneste.
 - I 2012 skal Regjeringen legge fram en tverrsektoriell folkehelsestrategi for å styrke koordinering mellom sektorer og gi mulighet til å se ulike områder sammen.

Forebyggende arbeid og folkehelsearbeid

- «Health in all policies» - de-differensiering eller nye kompetanseformer?
- Folkehelsearbeid – stort kunnskapsgrunnlag, hvordan gjøre kunnskap operativ?
- Lovens pålegg om kommunale og fylkeskommunale oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

«Pasientforløp»

”Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.

Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov”

(St.m. nr. 47, s. 15)

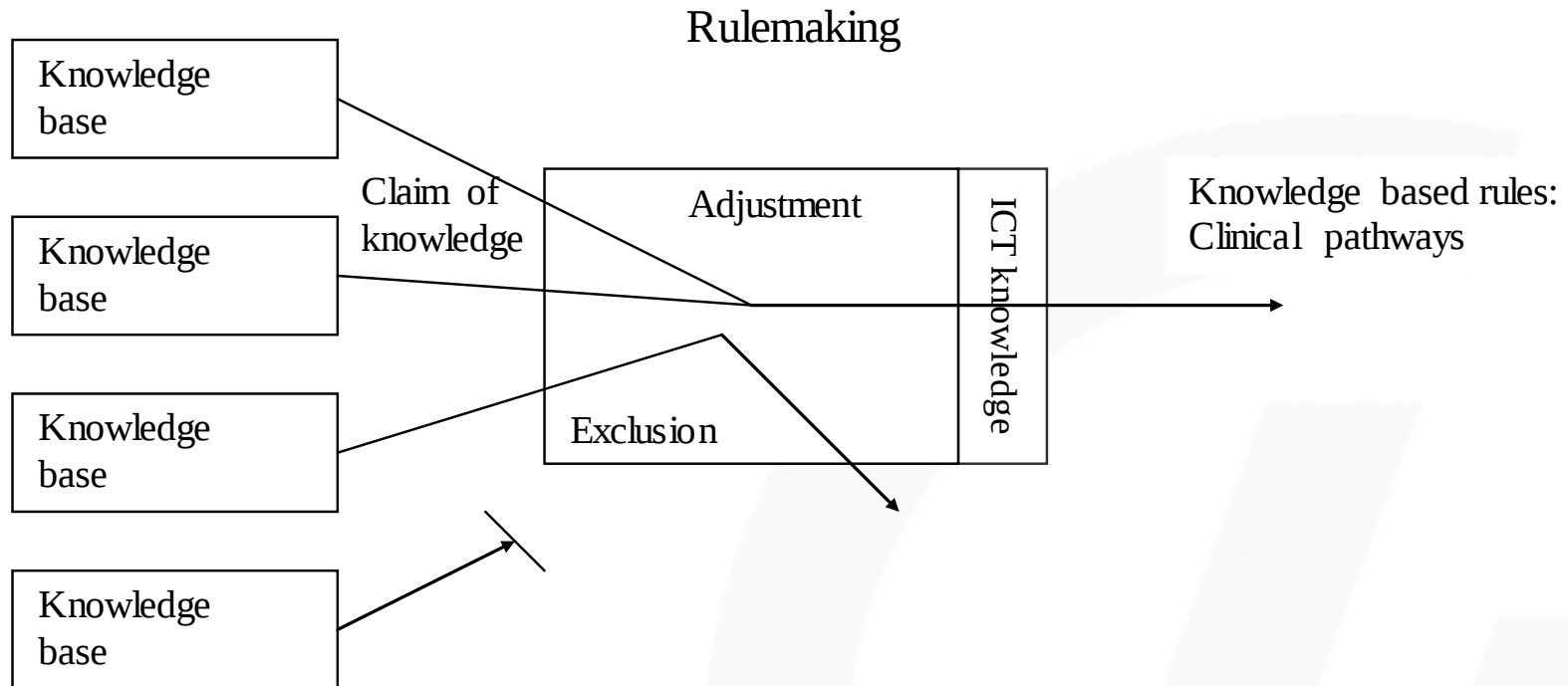
3. Virkemidler - pasientforløp som virkemiddel for bedre samhandling

”De gode helhetlige pasientforløp skal i større grad enn i dag bli **en felles referanse for alle aktører** i helse- og omsorgstjenestene.

Hva som er gode pasientforløp vil avhenge av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag”

(St. m. nr. 47, s. 15)

Kunnskap og regler



Bruken av behandlingslinjer

Tabell 3. Ulike former for prosessbasert virksomhetsmodellering – behandlingslinjer

Bruksområde/ kunnskapsgrunnlag	Symptom/diagnose	”samordnings- prosess”
Avdelingsinterne	”Enkle”: trivialisering (I)	Behandlingslinjer: flere diagnoser: tverrfaglig samarbeid (II)
Sykehus/kommune o.a.	Behandlingslinjer: diagnose, symptom (III) Tverrfaglig samarbeid	<i>Collaborative Management</i> Komplekse, tverrfaglig samarbeid, ledelses- og styringsmodeller (IV)

Spesialisttjenestene

Organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer:

for å lykkes...

"må samhandlings- og koordineringsfunksjonene få en like tydelig forankring som de spesialiserte funksjonene" (s.9).

«Makten sitter i avgrensningen»

Samhandlingsreformen:

For å bli operativ når mål er omfattende og komplekse:

- *Definere målgrupper (pasientgrupper) ,*
- *Definere faggrupper, tjenester*
- *Definere tiltaksporteføljen.*

"Sosiologiske" perspektiver

- **"Fragmentert"**, ofte udokumentert og erfaringsbasert - "taus kunnskap"
- **"Tvetydig"**, med fokus på de dilemmaer og den usikkerhet som preger arbeidet
- **"Lange koplinger"** - lang vei til operasjonelle, standardiserte retningslinjer, ikke dokumentert "vitenskapelig"
- **"Kontekstuell"** – til tross for bestrebelser på å lage universelle retningslinjer er kunnskapen ofte sterkt preget av å være knyttet til handlinger som skal utføres gjennom et komplekst hjelpeapparat, der lokale forhold spiller en stor rolle
- **"Frakoplet"** organisasjons- og styringsformer som er lokale, fragmenterte og komplekse, og ofte i disharmoni med etablerte ledelses- og styringsformer.

(Bio-)medisinsk kunnskap

- **"klar"**, eksplisitt og dokumentert
- **"entydig"** – med standardiserte retningslinjer for handling
- **"operasjonell"** – særlig gjennom etableringen av behandlingslinjer som formidler mellom vitenskapsbasert kunnskap og retningslinjer for tjenesteutøvelse ("korte koplinger")
- **"universell"** – det vil si basert på globale, ikke-kontekstuelle kunnskaper – formidlet som resultat av randomiserte kontrollerte studier (RCT),
- **"tilkople"** – til organisasjons- og styringssystemer (i spesialisttjenestene) som er compatible med de kunnskapsformene og standardiserte behandlingsforløp som evidensbasert medisin representerer.

Nye strategier for å etablere ”sikker” kunnskap

- Kunnskapssentra som nasjonal politikk – evidensbasert kunnskap
- Vitenskapsbasert, erfaringsbasert ekspertkunnskap, brukererfaringer.
- NAPHA – nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Ny forening for psykisk helsearbeid – ”kunnskapsplattform”.

Integrerende og oppsplittende krefter for psykisk helsearbeid

Oppsummering av forslag til tiltak

- 1. Lokale kartlegginger av målgruppene og deres tilbud
- 2. Prosjektmidler til oppfølging av tiltak i storbysatsingen
- 3. Stimuleringstilskudd til etablering av ACT-team
- 4. Erfaringsnettverk
- 5. Håndbok (metodebok) for systematisk tilnærming
- 6. Individuell plan
- 7. Fritak fra egenandel
- 8. Vurdere hvorvidt eksisterende lovverk ivaretar personer med sviktende egenomsorg
- 9. Tiltak vedrørende bolig

Helge Ramsdal: nov 2011: **Kunnskapsgrunnlag for tjenesteutvikling i rus og psykiatri**

1. **Kan psykiatrien reformeres innenfra?**
2. **Utviklingstrekk:** volumøkning, differensiering, kompleksitet
3. **Negativ samordning:** organisatorisk oppsplitting og faglig eklektisme
4. **Fremveksten av «evidensbasert» kunnskap - kunnskapshierarkiet**
5. **Beste praksis og logistikk:** Behandlingslinjer, Pasientforløp, Verksted
6. **Utviklingslinjer:** Samordningsproblemer og samhandlingskunnskap
7. **«Åpenhet og helhet» eller ny oppsplitting?**

1. «Kan psykiatrien reformeres innenfra?» 1996

Kommuner 1995:

- Før Opptrappingsplanen: Lite kommunalt psykisk helsearbeid
- Tre kommunale utgangsposisjoner:
 - De uforberedte: («Det presten ikke får tar skogen»)
 - De avventende: Psykisk helse/rus som «den neste reformen» (etter PU) – men vi venter til da.
 - De forberedte: «når statlig politikk er klar, er vi klar»

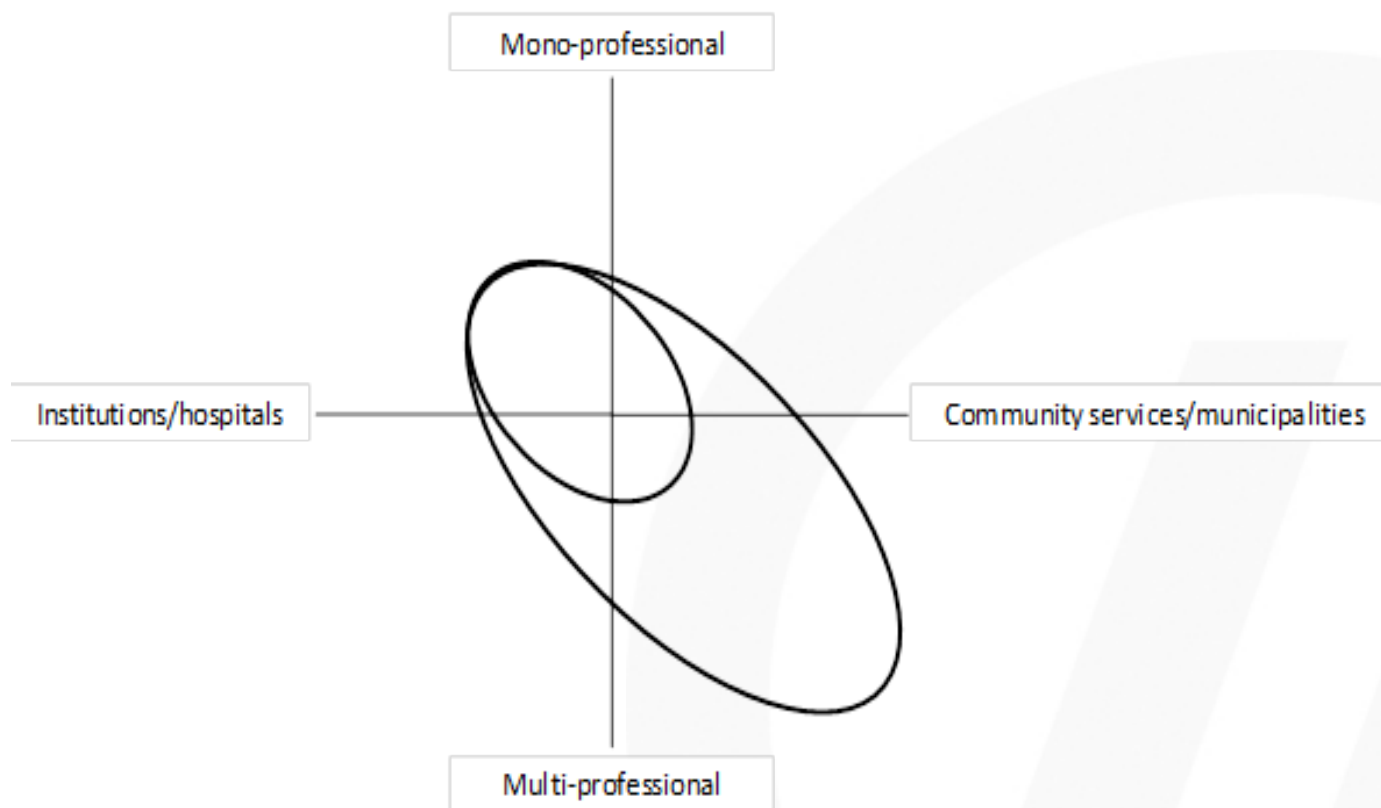
«Kan psykiatrien reformeres innenfra?» 1996

Spesialisttjenestene:

- **Fra:** mono-profesjonalisering (det «evangske system»), psykiatriens dominans, institusjonalisering.
- **Til:** Ulike paradigmatisk kunnskapsgrunnlag – biologi/medisin, psykologi, sosiologi.
 - De-institusjonalisering etter 1972
 - Nedbygging som lokale beslutningsprosesser (fag og økonomi)
 - Motsetninger mellom ulike deler av tjenestene
 - Eklektisme som fredsgrunnlag – negativ samordning

2. Utviklingstrekk.

- Volumøkning, differensiering, kompleksitet (fig.):



3. «Negativ samordning»: organisatorisk oppsplitting og eklektisme

St.m. nr. 25 (1996-1997): «Svikt i alle ledd»

Organisatorisk oppsplitting:

- Voksne
- Barn og unge
- Spesialisttjenester
- Kommunale tjenester
- Private aktører

Faglig «eklektisme»: - hva innebærer det?

Organisatorisk oppsplitting + faglig «eklektisme»
= **«Svikt i alle ledd»**

4. Fremveksten av «evidensbasert» kunnskap - kunnskapshierarkiet

«Bedre kvalitet i tjenestene forutsetter et bedre kunnskapsgrunnlag».

Globale utviklingstrekk: «Evidence Based Medicine» (EBM) –
«den sterkeste kunnskapspåvirker for helsearbeid i vår tid» -
«Jakten på gullstandard»

- Cochrane, Randomized Clinical Trials (RCTs)
- Scientific-Bureaucratic Medicine: standardisering, ekstern kontroll
- Behandlingslinjer («beste praksis») - logistikk

•

6. Nye samordningsproblemer og utvikling av samhandlingskunnskap

Fremtiden: Tre utviklingsprosesser

1. Videreutvikling av det sosiologiske perspektivet
2. Videreutvikling av det (bio-)medisinske perspektivet
3. Utvikling av samordnings- og samhandlingsperspektiv som eget kunnskapsområde
 - Mye tyder derfor på at en nå opplever at spesialisttjenestene og kommunale tjenester beveger seg i ulike retninger basert på delvis motstridende kunnskapstilnærminger.
 - Disse tilnærmingene har *styrket sitt kunnskapsgrunnlag* de siste årene, men da som oftest uten at koplinger mellom dem har vært fokusert.

(Bio-)medisinsk/psykiatri-kunnskap oppfattes som:

- Klar, eksplisitt og dokumentert
- Entydig – med standardiserte retningslinjer for handling
- Operasjonell – særlig gjennom etableringen av behandlingslinjer som formidler mellom vitenskapsbasert kunnskap og retningslinjer for tjenesteutøvelse ("korte koplinger")
- Universell – det vil si basert på globale, ikke-kontekstuelle kunnskaper – formidlet som resultat av randomiserte kontrollerte studier (RCT)
- Koplet til organisasjons- og styringssystemer (i spesialisttjenestene) som er compatible med standardiserte (be-) handlingsforløp som evidensbasert medisin representerer.

(Bio-)medisinsk/psykiatri-kunnskap oppfattes som:

- Klar, eksplisitt og dokumentert
- Entydig – med standardiserte retningslinjer for handling
- Operasjonell – særlig gjennom etableringen av behandlingslinjer som formidler mellom vitenskapsbasert kunnskap og retningslinjer for tjenesteutøvelse ("korte koplinger")
- Universell – det vil si basert på globale, ikke-kontekstuelle kunnskaper – formidlet som resultat av randomiserte kontrollerte studier (RCT)
- Koplet til organisasjons- og styringssystemer (i spesialisttjenestene) som er compatible med standardiserte (be-) handlingsforløp som evidensbasert medisin representerer.

I et makt- og innflytelsesperspektiv fremstår denne kunnskapen som:

- Fragmentert, ofte udokumentert og erfaringsbasert - "taus kunnskap"
- Tvetydig, med fokus på de dilemmaer og den usikkerhet som preger arbeidet
- Har ofte en lang vei til operasjonelle, standardiserte retningslinjer ("lange koplinger")
- Et legitimitetsproblem knyttet til at resultater ofte ikke har blitt dokumentert gjennom «vitenskapelig holdbare metoder» (idealet om RCT)

Behov for samordning og samhandling

En (ytterligere) oppsplitting av kunnskaps- og tjenestefeltet innebærer at det blir ennå sterkere behov for å fokusere på samordning og samhandling, blant annet for å unngå utviklingen av den "negative samordning" som preget feltet for 20 år siden.

Men også kunnskapsgrunnlaget for samordnings- og samarbeidsstrategier er relativt svakt. Slik jeg ser det er det et stort behov for å systematisere kunnskapene for å bidra til utviklingen av helhetlige tiltak og tjenester som et eget kunnskapsf