



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 16

(2010–2011)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)



Innhold

1	Sammendrag	7	6	Fremtidens spesialist- helsetjeneste	73
2	Om nasjonal helse- og omsorgsplan	15	6.1	Videre utvikling av helseforetaksmodellen	73
2.1	Oppfølging av Nasjonal helse- og omsorgsplan	16	6.2	Videre utvikling av sykehusene	74
2.2	Høringen	16	6.3	Ny kunnskap og teknologi	76
			6.4	Regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg	77
3	Helhet og sammenheng	23	6.5	Spesialisthelsetjenester utenfor sykehus	77
3.1	Utviklingen	23	6.6	Psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige	78
3.2	Utfordringene	24	6.7	Prehospitaltjenester	79
3.3	Sosiale forskjeller i helse	27	6.8	Tilgjengelighet, fristbrudd og prioritering	81
3.4	Samhandlingsreformen	28	6.9	Kvalitet i anskaffelsesprosesser	82
3.4.1	Rettslige virkemidler	30	7	Fremtidens pasient- og brukerrolle	85
3.4.2	Økonomiske virkemidler	32	7.1	Brukermedvirkning og pasient- forløp	85
3.4.3	Faglige virkemidler	37	7.2	Frivillige organisasjoner og private aktører	92
3.4.4	Organisatoriske virkemidler	37	8	Kvalitet og kunnskap	95
3.4.5	Gjennomføringsplan for samhandlingsreformen	38	8.1	Kvalitet og læringskultur	96
4	Folkehelse	41	8.2	Pasientsikkerhet	98
4.1	Nasjonale folkehelse tiltak og virkemidler	42	8.3	Kunnskapsutvikling og kunnskapshåndtering	98
4.2	Lokalt folkehelsearbeid	46	8.4	Forskning og innovasjon	101
4.3	Barnehager og skoler	48	8.5	IKT, eHelse og personvern	105
4.4	Arbeid og helse	51	8.6	Legemidler og legemiddelbruk	107
4.5	Beredskap og smittevern	53	9	Personell	111
5	Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste	57	9.1	Utdanning og rekruttering	112
5.1	Forebyggende helsetjenester	58	9.2	Ledelse og arbeidsmiljø	118
5.2	Lokalmedisinske sentre	59	10	Økonomiske og administrative konsekvenser	123
5.3	Legetjenester i kommunene	61			
5.4	Kommunal legevaktstjeneste	62			
5.5	Pleie- og omsorgstjenester	63			
5.6	Psykisk helse og rus	66			
5.7	Rehabilitering og habilitering	68			
5.8	Tannhelsetjenesten	70			



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 16

(2010–2011)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

Kapittel



Figur 1.1

1 Sammendrag

Gjennom *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011–2015) legger regjeringen den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de neste fire årene. Regjeringens utgangspunkt er at det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Regjeringen vil videreutvikle en helsetjeneste som er blant verdens aller beste medisinsk, teknologisk og når det gjelder omsorg. Tjenestene skal være effektive, trygge og tilgjengelige innen akseptable ventetider.

Endringer i helsetrusler, sykdomsmønster og utviklingen i medisinsk diagnostikk og behandling, fordrer endringer også i helse- og omsorgstjenestene.

Helhet og sammenheng

Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.

Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander, skal desentraliseres når dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander, skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og god ressursutnyttning.

En vellykket samhandlingsreform forutsetter bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Reformen skal gjennomføres over tid fra 1. januar 2012. For å nå målene i reformen, er det nødvendig med et bredt sett av virkemidler:

- *Rettslige virkemidler* inkluderer lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Folkehelseloven regulerer langsiktig og systematisk folkehelsearbeid på alle forvaltningsnivåer: statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Helse- og omsorgstjenesteloven skal bidra til å sikre bedre samhandling innad i kommunene, og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunenes helhetlige ansvar for tjenestetilbudet tydeliggjøres, og kommunene får økt frihet til å organisere tjenesten i samsvar med lokale forutsetninger og behov. Kommuner og regionale helseforetak/helseforetak pålegges å inngå lokale samarbeidsavtaler.
- *Økonomiske virkemidler* skal understøtte målene om bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp og kvalitativt gode og kostnadseffektive løsninger, og sikre finansiering av nye oppgaver for kommunene. Det innføres avgrenset kommunal medfinansiering for somatiske behandlinger i spesialisthelsetjenesten. Departementet har stilt krav om at de regionale helseforetakene sammen med kommunene, kartlegger muligheter for kostnadseffektive, lokale samarbeidsprosjekter. Kommunene får ansvar for finansiering av utskrivingsklare pasienter. Kommunene skal sørge for å ha tilbud om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og tilsyn fra helse- og omsorgstjenesten, ved tilstander der kommunen selv har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg. I planperioden vil det være behov for å øke innsatsen innenfor kompetanse, folkehelse og utvikling av primærhelsetjenester. Kommunene har hatt mulighet til å søke statlige etableringsmidler til å utvikle til-

bud sammen med andre kommuner og helseforetak.

- *Faglige virkemidler* skal bidra til å endre praksis i tjenesten, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Veiledere, retningslinjer og prosedyrer, og nasjonale kvalitetsindikatorer er eksempler på faglige virkemidler. De bør utarbeides i samarbeid mellom tjenestenivåene og bruker- og pasientorganisasjoner. NAV og andre aktuelle instanser må også involveres. Det blir nødvendig med nye kompetansekrav. Utdanning og opplæring av personell må tilpasses målene i samhandlingsreformen. Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- *Organisatoriske virkemidler* skal bidra til mer hensiktsmessig organisering og oppgavefordeling, og må utvikles både lokalt og nasjonalt. Det må legges til rette for hensiktsmessige samhandlingsarenaer mellom ulike tjenester og forvaltningsnivåer. Et eksempel er organisering av lokalmedisinske sentre som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og én eller flere kommuner. Tjenestene ved et lokalmedisinsk senter kan utformes ut fra lokale behov, med dag- og eventuelt døgntilbud. Eierskap og driftsansvar reguleres i lokale avtaler.

Folkehelse

Regjeringen vil styrke arbeidet med å fremme god helse i befolkningen, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Samfunnet har ansvar for å sikre gode oppvekstvilkår og tilrettelegge for en helsefremmende livsstil, slik at det blir enkelt å ta sunne valg i barnehagen, i skolen, i fritiden, og på arbeidsplassen.

Regjeringen vil ha et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid på tvers av sektorer, nasjonalt, regionalt og lokalt. Dagens strategier og handlingsplaner og de som blir utarbeidet i perioden, skal knyttes sammen i en tverrdepartemental folkehelsestrategi, som skal være ferdig i 2012.

Kommunene og lokalmiljøet er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid. Forslaget til folkehelselov legger grunnlaget for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Det skal tas utgangspunkt i regionale og lokale helseutfordringer, innsatsen må skje i alle sektorer og være forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Regjeringen vil utarbeide en gjennomføringsplan for folkehelseloven. Planen skal omfatte økonomiske virkemidler, utvikling av bedre kunnskapsgrunn-

lag og kompetanse på alle nivåer og i flere sektorer, samt metoder og standarder for godt folkehelsearbeid og effektive tiltak, blant annet basert på helseøkonomiske analyser.

Det skal arbeides med å fastsette måltall for helseatferd på flere områder. Det vil være behov for data over helsetilstand og helseatferd i befolkningen og faktorer som påvirker dette. *Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskader* (2009–2014) gjennomføres videre. *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen* (2007–2011) skal gjennomføres og evalueres, og videre arbeid vurderes. Ny strategi for tobakksforebygging skal ferdigstilles i løpet av 2011. *Handlingsplan for økt fysisk aktivitet* (2005–2009) er anbefalt videreført med sterkere virkemidler. Regjeringen prioriterer bygging av gang- og sykkelanlegg gjennom *Nasjonal Transportplan* (2010–2019). St.meld. nr. 26 (2006–2007) *Regjeringens miljøpolitikk og rikets miljøtilstand* skal følges opp med en handlingsplan for lokal luftkvalitet. *Strategi for å redusere radoneksponering* (2009–2014) skal følges opp. Regjeringen skal legge frem en stortingsmelding om rusmiddelpolitikken der forebygging vil være et sentralt tema. *Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse* (2007–2016), og *Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer* (2008–2012) skal følges opp.

Regjeringen vil i 2011 legge frem en stortingsmelding om landbruks- og matpolitikken. Meldingen vil gi en grundig omtale av politikken på matområdet, både når det gjelder mattrygghet og forbrukerhensyn.

Regjeringen vil ha særlig oppmerksomhet på tilsynet med drikkevannsanlegg. Det skal foreligge oppdaterte beredskapsplaner, og overvåkingen av smittsomme sykdommer skal vedlikeholdes og videreutvikles.

Barnehager og skoler er sentrale i arbeidet med å utvikle holdninger og utjevne sosiale forskjeller. Utdanning er i seg selv viktig for utjevning av sosiale forskjeller i helse.

Regjeringen vil i 2011 legge frem en stortingsmelding om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet. Samarbeidsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv videreføres ut 2013. Myndigheter og berørte fagmiljøer samarbeider om veiledere for sykmeldere som skal bidra til å sikre enhetlig praksis.

Likeverdige helse- og omsorgstjenester er viktig for å redusere helseforskjeller, selv om sosiale helseforskjeller i stor grad bestemmes av forhold som ligger utenfor helsetjenesten.

Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste

Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der kommunene har ansvar og oppgaver. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring, og slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Kommunene skal sørge for at helhetlige pasientforløp kan ivaretas i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet. Det vises til kapittel 3 hvor virkemidlene i samhandlingsreformen er omtalt.

Fastlegeordningen skal utvikles slik at stat og kommune får bedre styringsmuligheter. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegene og kommunen. Målet er at fastlegene tar et mer helhetlig ansvar for tjenestene til listepasientene, og i større grad deltar i annet allmennlegearbeid. Fastlegeforskriften skal revideres. Det skal innføres nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med rapporteringskrav. Det skal vurderes å innføre ett felles telefonnummer til kommunale legevaktsentraler.

For å møte fremtidens utfordringer på omsorgsfeltet, arbeides det videre med *Omsorgsplan 2015*. Den inneholder en rekke tiltak i tråd med de fem strategiene i planen: kapasitet og kompetanseheving, kvalitetsutvikling, forskning og planlegging, bedre samhandling og medisinsk oppfølging, aktiv omsorg og partnerskap med familie og frivillige. Regjeringen vil gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008–2015, og utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det. Regjeringen har som mål å etablere 12 000 årsverk i omsorgstjenestene i perioden 2008–2015.

Regjeringen vil sikre full sykehjemsdekning innen 2015. For å nå dette målet, må også hjemmetjenestene bygges ut, slik at de som ønsker å få nødvendig hjelp i eget hjem, kan få det, og de som trenger heldøgns omsorgstilbud, kan få det.

Regjeringen har forlenget *Opptrappingsplan for rusfeltet* (2007–2010) med to år frem til 2012, og har varslet en stortingsmelding om rusmiddelpolitikken.

Helsedirektoratet skal gjennomgå rehabiliteringsfeltet, for å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Avtaler mellom helseforetak og kommuner

skal legge til rette for gode forløp for habiliterings- og rehabiliteringspasienter. Det skal vurderes hvordan de økonomiske virkemidlene kan innrettes for å stimulere til ønsket faglig utvikling, herunder om deler av kapasiteten i de private opptreningsinstitusjonene skal knyttes nærmere til kommunene. Økt vekt på brukerinnflytelse, krav til personlig koordinator, individuell plan og krav til planlagte behandlingsskjeder, skal legge til rette for økt satsing på habilitering og rehabilitering, for å sikre bedre muligheter for mestring og livskvalitet.

Ulike modeller for finansiering av tannbehandling skal utredes, også modeller for egenandels-tak.

Fremtidens spesialisthelsetjeneste

Også spesialisthelsetjenesten må videreutvikles for å møte fremtidens utfordringer. Nye metoder kan innebære at flere tjenester kan desentraliseres, mens andre tilbud vil kreve ytterligere spesialisering. Teknologisk avansert behandling gjør sykehusene mer avhengige av kostbart og kompetansekrevede utstyr. Samtidig må spesialisthelsetjenesten legge til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nær der de bor. Spesialisthelsetjenesten må utvikle tilbudene i dialog med kommunene, og de må samarbeide.

Summen av rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler skal føre til at spesialisthelsetjenesten får en tydeligere rolle i å støtte kommunene. Det skal skje gjennom veiledning, opplæring, tilgjengelighet og ved å opprette nye tiltak og tjenester.

De regionale helseforetakene skal fungere som redskap for å gjennomføre nasjonal helsepolitikk. Det fremgår av Soria Moria II-erklæringen at helseforetaksmodellen skal videreføres.

På grunnlag av de erfaringene som er gjort med helseforetaksmodellen til nå, vil det bli gjort en gjennomgang med sikte på mulige forbedringer i modellen, og tilpasninger/endringer i lovverket, herunder vurdering av styringspraksis og regional og lokal forankring. Det tas sikte på at gjennomgangen gjøres i denne stortingsperioden.

Regjeringen ønsker å legge til rette for at en fremtidig sykehusstruktur skal bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene. Utgangspunktet skal være at befolkningen i helseforetakenes opptaksområde, gis et helhetlig og kvalitetsmessig godt spesialisthelsetjenestetilbud, der de enkelte sykehusene har avklart

arbeidsfordeling, samarbeider tett og er i god dialog med kommunene. Målet bør være å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig – for å gi pasientene et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet. For å sikre god kompetanse og robusthet i alle ledd i tjenesten, er det nødvendig å etablere og tydeliggjøre en faglig nettverksfunksjon i helseforetakene. Det innebærer at alle enheter har felles faglig ansvar for det samlede tilbudet innenfor de enkelte fagområdene, og at fagressursene på de ulike områdene ses i sammenheng.

Lokalsykehuset er vårt nærmeste sykehus tilbud, og må ha en tydelig plass i behandlingsskjeder der de bidrar til god og helhetlig behandling. Krav til innhold i lokalsykehus bør ta utgangspunkt i bredden av tilbud lokalsykehuset gir til befolkningen. Dette bør rettes inn mot de store pasientgruppene som bør og kan få sitt spesialisthelsetjenestetilbud i nærheten av der de bor.

Det skal iverksettes et arbeid med formål å fastsette et minstekrav til hva som kan anses som sykehus. Kravene forskriftsfestes med hjemmel i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a siste ledd, jf. § 4-1.

Nærhet til føde- og barselomsorg er viktig. Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødselsomsorgen omfatter krav til organisering, kompetanse og seleksjon av fødende, system for oppfølging av kravene, og krav til informasjon og kommunikasjon. Oppfølging av disse kravene vil måtte skje som utviklingspregede prosesser som går over tid. Videre vil ulike lokale forhold skape ulik tilpasning i den endelige utformingen av tilbudene. Kravene til kvalitet, herunder pasientsikkerhet, skal imidlertid være de samme over hele landet.

Spesialisthelsetjenesten må styrke sin rolle også utenfor sykehusene. Desentraliserte spesialisthelsetjenester kan for eksempel samlokaliseres med kommunale tjenestetilbud i lokalmedisinske sentre.

Omstillingsprosessen innen psykisk helsevern må fullføres for å sikre bedre tilgjengelighet til tjenestene og bedre utnyttelse av ressursene. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) skal være et tydelig forankringspunkt i det helhetlige behandlingstilbudet på spesialistnivå. De alderspsikiatriske poliklinikkene bør samarbeide med DPS, og det bør vurderes å opprette ambulante alderspsikiatriske team som samarbeider med kommunehelsetjenesten. Bruken av tvang i psykisk helsevern skal reduseres.

Kommuner og helseforetak må i større grad samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske

tjenestene for å sikre et helhetlig og likeverdig tilbud av god kvalitet. Regjeringen ønsker å sikre befolkningen likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten.

Til tross for sterk aktivitetsøkning i sykehusene de senere årene, opplever mange pasienter lange ventetider før de får behandling. Aktuelle tiltak for å redusere ventetiden, kan være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører, der dette er kostnadseffektivt. Fra 2011 stiller departementet krav om månedlig rapportering og oppfølging av ventelistetall, basert på tall fra Norsk pasientregister (NPR). Andelen fristbrudd i spesialisthelsetjenesten varierer mellom helseforetak og mellom fagområder. Fristbrudd for rettighetspasienter kan ikke aksepteres. Departementet har presisert helseforetakenes plikt til informasjon og forsvarlig behandling, når fristen for behandling er brutt.

De regionale helseforetakene og helseforetakene gjør omfattende anskaffelser av stor samfunnsmessig betydning. Det forutsettes at regionale helseforetak gjennomfører eksterne evalueringer av anskaffelsene. Evalueringene skal blant annet omfatte konsekvenser for pasienttilbudet når det gjelder kontinuitet, geografisk tilgjengelighet, bredde og mangfold, og evne til fornyelse og utvikling.

Fremtidens pasient- og brukerrolle

I fremtidens helse- og omsorgstjeneste vil pasienter og brukere få en tydeligere rolle. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. De skal ha større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det trengs mer kunnskap om gjennomføring og effekt av brukermedvirkning. Pasienter og brukeres rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging og utredninger og når beslutninger tas. Regjeringen er opptatt av at spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten skal være tilpasset brukernes behov språklig og kulturelt. Gode informasjonstjenester kan bidra til at pasienter og brukere treffer valg som fremmer helse og mestring og øker muligheten for egenomsorg. En nasjonal helseportal med informasjon om helse, tjenestetilbud, rettigheter og støtteordninger skal etableres i 2011.

Selvhjelpsgrupper, likemannsgrupper, barselgrupper i regi av helsestasjonen og gruppetilbud i skolehelsetjenesten er eksempler på tiltak som stimulerer til egenomsorg. Eldresentre kan bidra til

å forebygge sosial isolasjon og opprettholde fysisk og psykisk aktivitet hos eldre. Lærings- og mestringssentre skal gi brukerne kunnskap om forebygging, sykdom og behandling, og bidra til mestring. Alle kommuner plikter å ha en ordning med brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Pårørende er en viktig ressurs for pasienten og for helse- og omsorgstjenesten. Det skal legges til rette for at pårørende skal kunne kombinere omsorgsarbeid med yrkesaktivitet, og at omsorgsoppgavene skal være mer likt fordelt mellom menn og kvinner. Pårørende må også bli hørt når det gjelder egne behov.

Frivillig sektor er en viktig samarbeidsaktør i folkehelsearbeidet. Friske pensjonister er en uutnyttet ressurs i frivillig arbeid. De offentlige tjenestene må i større grad inngå partnerskap med frivillige organisasjoner og et levende sivilsamfunn. Regjeringen ønsker å videreutvikle samhandling mellom offentlig sektor og frivillig sektor som bidrar til bedre velferd. Frivillige organisasjoner og private aktører skal sikres forutsigbare avtalevilkår, samtidig som det må stilles klare krav til kvalitet, kostnader og arbeidsvilkår.

Kvalitet og kunnskap

Trygge og effektive tjenester forutsetter at forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging, pleie og omsorg bygger på best mulig forskningsbasert kunnskap. Det samme gjelder beslutninger om å innføre nye metoder, utarbeidelse av retningslinjer og kvalitetsindikatorer og organisering av tjenester. Pasienterfaringer må få en større plass i kunnskapsgrunnlaget. Kunnskap skal være tilgjengelig når den behøves i alle deler av helse-tjenesten. En felles faglig plattform med retningslinjer, prosedyrer og annen beslutningsstøtte på tvers av behandlingsnivåer og profesjongrenser, vil være viktig for å sikre kunnskapsbasert praksis i alle deler av helse- og omsorgstjenesten og for å gjennomføre samhandlingsreformen.

Viktige forutsetninger for kvalitet og nyskaping i tjenestene er utdanning og forskning av høy kvalitet og relevans, kompetanseutvikling, samspill mellom tjenestene, god ledelse, innovasjon, gode kvalitetssystemer og tilrettede løsninger.

Helse og omsorg er et prioritert område i regjeringens arbeid med forskning og innovasjon. Satsingen på både behovsdrevet og forskningsbasert innovasjon i sektoren skal videreføres. På

flere tjenesteområder er det for lav forskningsaktivitet i dag.

I forslag til helse- og omsorgstjenestelov foreslås det at forskning skal inn i avtaleverket mellom kommuner og helseforetak og at kommunen får plikt til å medvirke til forskning. Lovfestingen omfatter ikke at kommunene har ansvar for å sette i gang eller finansiere forskning.

Det er et mål å øke antall nasjonale helse- og kvalitetsregistre, og øke tilgjengeligheten til data-materialet i nasjonale registre og biobanker.

Regjeringen vil bedre kvaliteten i hele helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil derfor legge frem en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen skal blant annet vurdere om dagens virkemidler og rammebetingelser støtter arbeidet som gjøres på området. Andre viktige temaer vil være måling av kvalitet i tjenestene og håndtering av utprøvende behandling. Regjeringen har fremmet forslag om å lovfeste at alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten.

Det skal etableres et nasjonalt lærings- og rapporteringssystem for uønskede hendelser i helse-tjenesten. En nasjonal pasientsikkerhetskampanje ble satt i gang i januar 2011. Riktig legemiddelbruk i sykehjem og ved overflytting mellom enheter og nivåer i helsetjenesten, er to av innsatsområdene. Det må etableres systemer og rutiner for å løse problemer knyttet til legemiddelbruk.

IKT-systemer kan bidra til bedre behandling, mindre pasienttransport, bedre lokale helsetilbud, bedre utnyttelse av ressurser og styrking av pasient- og brukerrollen. Regjeringen vil fremme en stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Viktige temaer i meldingen vil være elektronisk meldingsutveksling, tilgjengelighet til pasientopplysninger, netjtjenester til pasient og bruker og kunnskapsstøtte til helsepersonell. Velferdsteknologi kan gjøre det enklere å leve selvstendig, gi økt trygghet for pårørende og det kan frigjøre tid for helsepersonell.

Personell

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesten. Personell- og kompetanseprofilen i sektoren må utvikles i tråd med målene i samhandlingsreformen. Dette innebærer kontinuerlig vurdering av innholdet i grunnutdanninger, videre- og etterut-

danninger og kompetanseheving i tjenestene. Utdanningene må i større grad vektlegge forløps-tenkning, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid. Regjeringen skal legge frem en stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene i løpet av 2011.

Arbeidsoppgavene i helse- og omsorgssektoren må fordeles riktig mellom personellgruppene for å utnytte arbeidskraften og for å oppnå best mulig kvalitet i tjenestene. Det må arbeides for å redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering. Regjeringen vil bidra til å opprette 12 000 nye årsverk med fagutdanning i den kommunale pleie- og omsorgssektoren fra 2008 til 2015. Det skal legges bedre til rette for heltidsstillinger.

God ledelse på alle nivåer er avgjørende for å lykkes med samhandlingsreformen. Regjeringen mener at ledelses- og arbeidsmiljøutfordringer i helse- og omsorgstjenesten først og fremst må møtes med tiltak i regi av kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak og helseforetak. Arbeidet med å styrke lederkompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal fortsette. Det må arbeides videre med etikk og verdier i tjenestene for å sikre at brukere og pårørende møtes med respekt og forståelse.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Et hovedgrep i samhandlingsreformen er å utvikle kommunerollen, slik at kommunene i større grad enn i dag kan nå målene om forebygging og tidlig innsats for å hindre at sykdom utvikler seg. Samhandlingsreformen er en retningsreform og legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst

mulig grad må finne sin løsning i kommunene. De viktigste økonomiske virkemidlene er kommunal medfinansiering for bruk av spesialisthelsetjenester og overføring av oppgaver til kommunene, herunder det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter. I forbindelse med overføring av oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, skal det også skje en overføring av budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette er først og fremst knyttet til kommunenes foreslåtte plikt til å etablere øyeblikkelig hjelp-tilbud for døgnbehandling, og til å etablere tilbud til utskrivingsklare pasienter.

Både kommunal medfinansiering og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter forutsetter at relevante data om spesialisthelsetjenesten gjøres tilgjengelig for kommunene og brukes som grunnlag for økonomisk oppgjør.

Datagrunnlaget for oppgjør skal være et nasjonalt ansvar og vil i hovedsak ta utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister (NPR). Datagrunnlaget gjøres tilgjengelig for kommunene for eksempel gjennom en nettbasert løsning hvor kommunene fortløpende kan få innsyn i og informasjon om kostnader knyttet til kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter.

Samhandlingsreformen skal evalueres. Det skal settes i gang en følgeevaluering av reformen i regi av Norges forskningsråd. Følgeevalueringen skal gi nyttig informasjon gjennom planperioden og være et grunnlag for fremtidige justeringer i virkemiddelbruk.

Regjeringen vil komme tilbake til eventuelle konkrete tiltak i forslagene til statsbudsjett for det enkelte år.

Kapittel



Figur 2.1

2 Om nasjonal helse- og omsorgsplan

I *Nasjonal helseplan* (2007–2010) presenterte regjeringen status for helsetjenesten i Norge og foreslo politiske tiltak for en bedre helsetjeneste. I denne fireårsperioden har regjeringen lagt vekt på seks bærebjelker:

- helhet og sammenheng
- demokrati og legitimitet
- nærhet og trygghet
- sterkere brukerrolle
- faglighet og kvalitet
- arbeid og helse.

I *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011–2015) legger regjeringen den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de neste fire årene. Regjeringens utgangspunkt er at det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

I planen legger regjeringen en bred tilnærming til grunn. Gjennom en aktiv folkehelsepolitikk og en trygg og moderne helse- og omsorgstjeneste, legges grunnlaget for en friskere befolkning.

Samhandlingsreformen er en retningsreform som gjennomføres fra 1. januar 2012. Arbeidet med gjennomføringen vil stå sentralt i perioden 2011–2015. Regjeringen vil ha en helsetjeneste som ligger i front medisinsk og teknologisk. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til, og tilpasset den enkelte bruker. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, beskrev tre hovedutfordringer i helse- og omsorgstjenesten:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok

- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

For å svare på disse utfordringene, la regjeringen opp til fem hovedgrep:

- klarere pasientrolle
- ny fremtidig kommunerolle
- etablere økonomiske insentiver
- utvikle spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

God helse er viktig for livskvaliteten til den enkelte. En befolkning med god helse er også viktig for samfunnet. Flere kan være i arbeid og bidra til verdiskapingen, og samfunnet sparer utgifter. Regjeringen styrker derfor det tverrsektorielle folkehelsearbeidet for å skape en bærekraftig helsetjeneste, fremme god helse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller.

Gjennom samhandlingsreformen vil regjeringen sørge for en helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientenes behov for sammenhengende tjenester og som møter utfordringene knyttet til demografiske og epidemiologiske endringer. Gjennom reformen justeres retningen mot i større grad å fremme helse, forebygge mer og å begrense sykdom, mot et helsevesen som henger bedre sammen og som gir bedre helsetjenester nær der folk bor.

For å bedre helsetilbudet nær der folk bor skal en større del av veksten i helsebudsjettene fremover komme i kommunene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats så tidlig som mulig. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten videreutvikles. Vi vil desentralisere mer av de vanligste sykehustilbudene og fortsette sentraliseringen av tilbud som krever spisskompetanse. God kvalitet og riktig kompetanse skal stå sentralt på alle nivåer av helsetjenesten. Gjennom forpliktende samarbeid på

tvers av nivåene skal pasienter og brukere oppleve å få helhetlig og samordnet behandling. Brukernes rolle skal bli tydeligere.

Nye tekniske løsninger og behandlingsmetoder vil gjøre det mulig å behandle flere pasienter på en bedre måte. Men teknologi vil aldri kunne erstatte den menneskelige kompetansen. De ansatte i helse- og omsorgssektoren er den viktigste ressursen. Regjeringen er opptatt av å sikre tilgangen på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse til oppgavene i kommunene, fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten.

2.1 Oppfølging av Nasjonal helse- og omsorgsplan

Oppfølgingen av *Nasjonal helse- og omsorgsplan* skal i størst mulig grad ta utgangspunkt i de ordinære dokumentasjons- og rapporteringsordningene. En egen gjennomføringsplan for samhandlingsreformen bygger på de eksisterende strukturer og virksomheter, og etablering av et fireårig prosjekt i Helse- og omsorgsdepartementet (se kapittel 3). Stortinget vil bli orientert om fremdriften gjennom de årlige kommune- og budsjettproposisjonene.

Det er behov for arenaer hvor aktørene i helse- og omsorgstjenestene kan vurdere status og hvordan tjenesten kan videreutvikles for å nå de helsepolitiske målene. Helse- og omsorgsdepartementet har, i samarbeid med Helsedirektoratet, invitert til nasjonale helsekonferanser siden 2007. Konferansen er blitt et møtested for ledere, brukere, bransjeorganisasjoner og fagfolk, og er en viktig arena for dialog.

2.2 Høringen

Som et ledd i arbeidet med *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011–2015) var det en omfattende høring høsten 2010.

Det ble avholdt konsultasjoner med Sametinget og en lang rekke møter med bruker- og profesjonsorganisasjoner og andre interessenter.

Det ble avholdt fire åpne, regionale høringsmøter. De ble holdt i Bergen (1. november) med hovedvekt på kvalitet og prioritering, i Mo i Rana (24. november) om desentraliserte spesialisthelsetjenester, samhandling og ny pasientrolle, i Ålesund (13. desember) om geriatri og eldreomsorg, og på Hamar (14. desember) om forebygging og folkehelsearbeid. Det deltok til sammen 5–600 personer på de fire møtene.

Gjennom en åpen høring på nettstedet <http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no> kom det viktige innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan. Høringsperioden var fra 18. oktober 2010 til og med 18. januar 2011. Høringen var nettbasert for å nå bredt ut, senke terskelen for å avgi høringssvar og for å øke engasjementet. Både befolkningen og tradisjonelle høringsinstanser ble invitert til å avgi høringssvar.

Det ble lagt ut 28 dokumenter om status, mål og virkemidler for en bedre helse- og omsorgstjeneste og folkehelsearbeidet. I tillegg ble det lagt ut tre dokumenter om utviklingen av helse- og omsorgstjenesten, utfordringer og gjennomføring av samhandlingsreformen. Sammendrag av tekstene fantes både på norsk og samisk.

Temaene var fordelt på seks hovedgrupper:

- Folkehelse: Nasjonale folkehelse tiltak, lokalt folkehelsearbeid, sosial ulikhet og helse, arbeid og helse, beredskap og smittevern, internasjonalt helsesamarbeid.
- Fremtidens kommunehelsetjeneste: Forebyggende helsetjenester, legetjenester i kommunene, pleie- og omsorgstjenester, habilitering og rehabilitering, tannhelsetjenesten.
- Helhet og sammenheng: Sykehusstruktur, tilgjengelighet, akuttmedisin, desentraliserte spesialisthelsetjenester, finansiering av helse-tjenesten, psykisk helse og rus.
- Ny pasientrolle: Pasientforløp og brukermedvirkning, frivillig arbeid og ideelle organisasjoner.
- Kvalitet og faglighet: Kvalitet og læringskultur, forskning og innovasjon, kunnskap i helsetjenesten, pasientsikkerhet, IKT, e-helse og personvern, helseregistre og biobanker, legemidler og legemiddelbruk.
- Helsepersonell: Utdanning og rekruttering, ledelse og arbeidsmiljø i helsetjenesten.

I løpet av høringsperioden var 25 569 unike besøkende innom nettstedet. De mest leste temaene var sykehusstruktur, pleie- og omsorgstjenester, habilitering og rehabilitering, og nasjonale folkehelse tiltak.

Høringssvarene

Det kom inn 1 671 høringssvar fra i alt 697 ulike høringsinstanser – 385 enkeltpersoner og 312 organisasjoner/institusjoner/offentlige organer. De første ukene kom det mange høringssvar fra enkeltpersoner, mens organisasjoner, institusjoner og offentlige organer dominerte de siste ukene.

Mange kommuner avga ett samlet hørings svar for alle temaene. Blant de spesifikke temaene kom det flest hørings svar om sykehusstruktur, akuttmedisin og nasjonale folkehelse tiltak. Mange uttrykte tilfredshet med selve hørings formen, både den lave terskelen for å kunne avgi hørings svar og at man kunne lese andres hørings svar.

Samiske organisasjoner og institusjoner påpeker at utfordringer som samiske pasienter møter i kontakt med helse- og omsorgstjenesten, ikke er ivare tatt i høringen. Det gjelder også strategier og satsinger som er omtalt i hørings dokumentene. Det har vært konsultasjoner mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Sametinget. Det er enighet om tekstene som er inkludert i meldingen. Sametinget ønsker mer synlighet ved at samenes situasjon og utfordringer drøftes flere steder. De ønsker et avsnitt om videreutvikling av spesialisthelsetilbudet til samiske pasienter. Departementet mener at dette innspillet er ivare tatt i oppdrags dokumentet til de regionale helseforetakene for 2010, og at det følges opp i det ordinære styringssystemet.

Helhet og sammenheng

Det er bred enighet om intensjonene i samhandlingsreformen. De fleste høringsinstansene sluttet seg til utfordringsbildet som ble tegnet i hørings dokumentene. Mange savner en utdyping av utfordringene på folkehelseområdet og på spesielle områder som psykisk helse og rusfeltet.

Høringsinstansenes viktigste momenter for å gjennomføre samhandlingsreformen er at økonomiske virkemidler må utredes bedre, og at nye oppgaver må fullfinansieres. Flere påpeker at utkastet til gjennomføringsplan fremstår som generell og uforpliktende, særlig for folkehelse. Målformuleringene og de mulige virkemidlene som skisseres, oppleves som vage. Kommunene understreker betydningen av lokal handlefrihet for å finne gode organisatoriske løsninger. Likeverd mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste fremholdes av flere som en forutsetning for reformen.

Høringsinstansene ble bedt om å vurdere to avgrensede modeller for 20 prosent kommunal medfinansiering av somatiske pasienter. Modell 1 omfattet alle behandlingsepisoder (opphold og konsultasjoner) for pasienter over 80 år, og modell 2 medisinske behandlingsepisoder for alle aldersgrupper. Et flertall av høringsinstansene er skeptiske til modell 1. De mener at den vil kunne medføre at terskelen for sykehusbehandling blir høyere for personer over 80 år enn for andre alders-

grupper. En omfattende gjennomgang av hørings svarene knyttet til disse modellene, er gjort i drøftingen av økonomiske virkemidler i kapittel 3.

De fleste kommunene, Legeforeningen og Sykepleierforbundet er skeptiske til kommunal medfinansiering. De mener at ordningen ikke vil være dekkende for å bygge opp det samlede omfanget av oppgaver som kommunene skal påta seg, som følge av reformen. Helse Sør-Øst RHF mener at kommunal medfinansiering ikke vil bidra til særlig bedre måloppnåelse enn dagens ordning, mens Helse Vest RHF støtter at det gis en forskriftshjemmel for kommunal medfinansiering. Helse Nord RHF mener at en mer direkte og målrettet finansieringsordning ville gitt en raskere og mer effektiv måloppnåelse, men støtter subsidiært en modell som omfatter medisinske behandlinger og konsultasjoner. Helse Midt-Norge RHF er enig i at kommunal medfinansiering er ment som en insentivordning, og den vil ikke alene kunne finansiere alternative tilbud i kommunene. Dette er også i tråd med KS uttalelse om at kommunal medfinansiering, over tid, kan gi et redusert utbyggingsbehov i spesialisthelsetjenesten.

Mange av høringsinstansene som er imot kommunal medfinansiering, foreslår alternativt opplegg med fullfinansiering gjennom en økning i kommunenes frie inntekter eller som øremerking.

Et flertall av høringsinstansene som har uttalt seg om de alternative medfinansieringsmodellene, er skeptiske til en aldersavgrenset modell. De mener at denne vil kunne medføre at terskelen for sykehusbehandling blir høyere for personer over 80 år enn for andre aldersgrupper.

Et flertall av høringsinstansene, herunder de fleste kommunene, støtter forslaget om at det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter skal overføres til kommunene, fra den dag pasienten er definert som utskrivingsklar. Kommunene er opptatt av at det utarbeides klare kriterier og at de får medbestemmelsesrett for når en pasient er utskrivingsklar. Flere høringsinstanser mener at økonomiske virkemidler bør innføres gradvis for å høste erfaringer.

Folkehelse

Høringsinstansene gir entydig støtte til økt satsing på forebygging og folkehelse. Mange fremhever også betydningen av å jevne ut sosiale helseforskjeller. Flere etterlyser at det legges større vekt på helsefremmende sider ved folkehelsearbeidet, det vil si faktorer som skaper og opprettholder helse fremfor risikoreduksjon og sykdoms-

forebygging. Flere fremhever betydningen av å satse sterkere på strukturelle tiltak som prisvirkemidler og lovreguleringer på levevaneområdet (Legeforeningen, Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Diabetesforbundet, Kreftforeningen og Pensjonistforbundet). De fleste høringsinstanser påpeker betydningen av tilrettelegging for friluftsliv og fysisk aktivitet i nærmiljøet, sunn mat og drikke, røykfrie miljøer mv. Det etterlyses mer systematisk samarbeid med frivillige organisasjoner for å tilrettelegge for godt folkehelsearbeid. Et flertall påpeker betydningen av å satse på barn og unge, skole og barnehage. Høringsinstansene er samstemt i forståelsen av at det meste av folkehelsearbeidet må skje i andre sektorer enn helsesektoren. Det etterlyses en sterkere forpliktelse på statlig nivå til å ivareta helsehensyn i de enkelte departementers og sektorens planer og strategier.

Flere tar til orde for at det må utarbeides en nasjonal strategi/handlingsplan for folkehelse. Den må forplikte aktuelle departementer og/eller ha samordnete mål og strategier for alle departementer. De fleste høringsinstanser mener det er behov for en generell styrking av folkehelsearbeidet og at økt satsing krever en vesentlig opptrapping av statlige bevilgninger.

Flere høringsinstanser savner konkrete tiltak, for eksempel: forebyggende arbeid innen psykisk helse, helsefremmende tiltak for eldre (eldresentertilbud til alle), ulykkesforebygging, universell utforming, konkretisering av samarbeid med frivillige organisasjoner og private aktører for å fremme folkehelsen, bedre minoritetshelse og konkrete tiltak for å fremme fysisk aktivitet i arbeidslivet. Mange enkeltpersoner ønsker strengere regelverk på strålingsområdet.

Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste

Flere høringsinstanser ønsker at innholdet i de forebyggende tjenestene skal konkretiseres. Helsedirektoratet etterlyser kvalitets- og funksjonskrav for slike tjenester. Legeforeningen etterlyser sterkere vekt på grupperettede tiltak og at individrettede tiltak må konsentreres om de med høyest sykdomsrisiko.

Brukerorganisasjoner og offentlige institusjoner er overveiende positive til det som står om legetjenester i kommunene, mens Legeforeningen og enkeltleger er overveiende kritiske. Kommunene gir sammensatte tilbakemeldinger. Flertallet støtter presisering av listeansvar i forskrift og innføring av kvalitets- og funksjonskrav med rapportering. Flertallet ser behov for mer tverr-

faglig samarbeid og bedre integrering av legetjenesten i kommunehelsetjenesten for øvrig.

Mange instanser, blant annet Helsedirektoratet, ser behov for bedre kommunal ledelse. Mange peker på at dette krever medisinsk faglig kompetanse i kommunene og styrking av samfunnsmedisinsk kompetanse og kommunelege I-funksjonen. Legeforeningen er enig i dette, men ønsker fortsatt avtalebasert trepartssamarbeid mellom staten, kommunen og legene. Kunnskapscenteret peker på at kommunen må ha kompetanse i å etterspørre kvalitet, og evne og kapasitet til å lede legetjenesten.

Temaet akuttmedisin fikk mange hørings svar. Det er bred støtte for kvalitetsforbedring og at det stilles klare kvalitetskrav til legevaktstjenesten, herunder krav til kompetanse hos legevaktssleger. Det blir uttrykt behov for nærmere konkretisering av tiltak, herunder forskriftsfesting. Det henvises til utkast til Nasjonal handlingsplan for legevakt og Stortingets behandling av samhandlingsmeldingen.

Et annet sentralt tema i hørings svarene er behovet for økte overføringer til kommunene for å ivareta dagens og fremtidens omsorgsoppgaver. Flere mener at verdighetsgarantien må følges opp med økte midler, og at en forskrift til verdighetsgarantien bør vurderes innført for alle brukergrupper og i alle deler av tjenesten. Flere tar til orde for raskere utbygging av sykehjem og omsorgsboliger. Norsk Pensjonistforbund krever et løft i sykehjemsutbyggingen. Mange mener at hjemmetjenesten må styrkes med kompetanse og ressurser. Norsk Sykepleierforbund mener at det er behov for økt satsing på hjemmesykepleien slik at flest mulig kan bo hjemme, også de som har alvorlig helsesvikt. Flere av de frivillige organisasjonene understreker behovet for et mer systematisert samarbeid mellom frivillig sektor og myndigheter for å løse fremtidens omsorgsoppgaver.

Mange enkeltpersoner som har gitt kommentarer til temaet psykisk helse og rus, er opptatt av reell brukemedvirkning på individ- og systemnivå. Flere er opptatt av å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. En del kommuner etterlyser mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten samtidig som de er opptatt av at de kommunale psykiske helsetjenestene ikke må trappes ned etter opptrappingsplanen for psykisk helse.

Mange høringsinstanser har understreket behov for økt ressurstilførsel og prioritering av rehabiliteringsfeltet, og at det er nødvendig med faglig avklaring av oppgavedelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det vises til at et kommunalt tilbud hvor pasienten kan bo

hjemme, vil være mer kostnadseffektivt, samtidig som tilbudet gis nær tjenestene som skal følge brukeren over tid.

De fleste som har kommentert tannhelsetjenesten, har anført at denne tjenesten i større grad må finansieres av det offentlige. Flere har påpekt at pasientene ofte får et større mellomlegg ved refusjon av tannbehandling, siden tannlegens pris er høyere enn statens honorarsatser. Fag- og profesjonsforeninger og brukerorganisasjoner fremhever behovet for et bedre tannhelsetilbud til personer med kroniske sykdommer og funksjonshemninger, personer med medfødte lidelser og sjeldne medisinske tilstander, personer med epilepsi og kreftpasienter. Det etterlyses tilrettelagte tannhelsetilbud i helseforetakene, mer forskning og fagutvikling i tannhelsetjenesten, og at tjenesten trekkes mer inn i det helhetlige helsetilbudet. Pensjonistorganisasjoner er opptatt av at eldre i institusjon og de som får hjemmesykepleie, sikres nødvendig tannbehandling og at tannpleieres kompetanse må utnyttes bedre.

Fremtidens spesialisthelsetjeneste

Nesten halvparten av hørings svarene om sykehusstruktur kom fra enkeltpersoner. Et overveiende flertall av disse uttrykker bekymring for lokalsykehustilbudet. De ønsker klare krav til hva et lokalsykehus skal inneholde, spesielt med tanke på akuttkirurgi og fødetilbud. Mange høringsuttalelser uttrykker skepsis til helseforetaksmodellen. Primærleger og sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Hvis sykehustilbudet blir redusert, vil utfordringene for kommunehelsetjenesten øke ytterligere hevdes det. Det blir fremholdt i noen hørings svar at hvis sykehusene skal måles på kvalitetsindikatorer, må dette også inkludere de indikatorene der små sykehus har fortrinn, som tverrfaglig samarbeid, nærhet til pasient og pårørende, samarbeid med fastleger og kommuner osv.

Å videreutvikle desentraliserte spesialisthelsetjenester, får bred støtte. Helseforetakene nevner spesielt desentraliserte tilbud til eldre og pasienter med kroniske sykdommer. Tydeliggjøring av ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene etterlyses, likeså presisering og avklaring av begreper (for eksempel mellom distriktsmedisinske og lokalmedisinske sentra). Regionale helseforetak uttrykker bekymring for at høringsutkastet fremstår som fragmentert (viktige tema behandles enkeltvis) og de savner et helhetlig og overordnet perspektiv.

Fremtidens pasient- og brukerrolle

Fylkesmenn påpeker viktigheten av helsepersonells plikt til å delta i arbeidet med individuell plan, og at brukermedvirkning må tydeliggjøres som et redskap for kvalitetsforbedring av tjenesten. Fag- og profesjonsforeningene vil se på muligheter for å flytte oppgaver til apotek (legemiddel-samtale, farmasøytrekvirering) og hvilke muligheter som ligger i en nasjonal helseportal. De er opptatt av hvordan det kan tilrettelegges for helhetlige pasientforløp ved hjelp av retningslinjer, enhetlig IKT-system for informasjonsutveksling, praksiskonsulentordning og ved å styrke ordningen med pasientansvarlig lege i sykehus.

Mange er opptatt av brukermedvirkning på system- og individnivå. Brukermedvirkningen må være reell også for pasienter med hørselstap, kognitiv svikt, utviklingshemmede, psykisk syke m.fl. Individuell plan fremheves som et viktig tiltak. De fleste er opptatt av helhetlige pasientforløp og at det må utvikles retningslinjer der brukerne involveres i arbeidet. Pårørendes behov fremheves. Flere av høringsinstansene peker på behovet for å øke kunnskapen om pasienter med innvandrerbakgrunn slik at denne gruppen sikres reell og likeverdig tilgang til helsetjenesten. Det blir etterlyst mer tilgjengelig informasjon om helsetjenesten på ulike språk. Mange er opptatt av å få etablert en nasjonal, nettbasert helseportal som kan bidra til at pasienter, brukere og pårørende kan skaffe seg informasjon om helsetjenesten. Helseportalen må også inkludere tilbud til innvandrere og samer.

Høringsinstansene fremhever frivillige og private evne til å nå frem til brukergrupper som ikke alltid fanges opp av det ordinære tjenesteapparatet. Et gjennomgangstema er behovet for forutsigbarhet og bedre rammevilkår for frivillige og ideelle aktører, både de som driver tjenester for det offentlige og brukerorganisasjoner. Enkelte organisasjoner fremholder at ikke alle tjenester er egnet for anbud. Legeforeningen skriver at anbud innen psykiatri og rusbehandling kan medføre faglig uheldige konsekvenser, og i noen tilfeller kan tilbudet bli uforsvarlig. Flere fremhever at frivillige og private i hovedsak brukes som et supplement eller tas inn i prosesser på et sent tidspunkt. Kreftforeningen ønsker et mer forpliktende samarbeid hvor frivillig sektor trekkes inn allerede i planleggingsfasen og ikke bare ses på som et supplement når de fleste brikker allerede er på plass.

Kvalitet og kunnskap

Forskning og utdanning er viktig for rekruttering av personell og bygging av gode fagmiljøer. Kommunene vil kunne tape konkurransen om personell med spesialisthelsetjenesten, hvis de ikke deltar i forskning og undervisning. Flere hevder at kommunene må få plikt til å drive forskning på linje med spesialisthelsetjenesten.

Høringen avspeiler utålmodighet når det gjelder bruk og nytte av IKT i helse- og omsorgssektoren. Alle høringsinstansene uttrykker behov for mer statlig ansvar for styringen på området. Flere støtter etableringen av den nasjonale eHelsegruppen, som skal gi råd til myndighetene og bidra med samordning, koordinering og prioritering av bestillinger og krav til IKT-løsninger. Det er bred enighet om at all skriftlig informasjonsutveksling i helse- og omsorgssektoren skal skje elektronisk. Flere beskriver personvernet og informasjonssikkerhet som en stor utfordring, fordi svaret ikke bare ligger i tekniske løsninger, men også i helsepersonellens kompetanse ved bruk av nye verktøy.

Understrekingen av kvalitet og kunnskap i tjenestene bifalles. Legeforeningen mener at høringen legger til grunn et relativt smalt kunnskapsbegrep, ved å vektlegge forskningsbasert kunnskap, og nevner at det også trengs kunnskap gjennom andre kilder. Mange høringsinstanser er enig i at kunnskapshåndtering er viktig for innføring av nye behandlingsmetoder, for faglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer. Både Opplysningskontoret for Meieriprodukter, Norges Farmaceutiske Forening og Nasjonalt råd for ernæring understreker betydningen av å gjennomføre systematiske kunnskapsoppsummeringer i arbeidet med faglige retningslinjer.

Flere høringsinstanser som Helsetilsynet i Hedmark og Kreftforeningen, mener at det bør være plikt til å bruke retningslinjer og at det bør være noen konsekvenser ved ikke å bruke dem. Kreftforeningen skriver at det er viktig at retningslinjer beskriver hele pasientforløpet og at de revideres jevnlig. De skriver også at retningslinjene er vanskelig tilgjengelig for pasienter og pårørende, og at brukerne bør kunne involveres i arbeidet med å utforme retningslinjer. Brukermedvirkning i dette arbeidet påpekes av flere.

Flertallet av høringsinstansene understreker betydningen av at helse- og omsorgsarbeidere skal ha tilgang til internett på arbeidsplassen. Enkel tilgang til oppdatert kunnskap for helsepersonell blir støttet av alle grupper. Flere skisserer behov for behandlingsstøttende verktøy. Dette vil være viktig i beslutninger, samt understøtte og

fremme helsepersonells deltakelse i å utvikle nye samarbeidsmåter.

Mange understreker betydningen av god pasientsikkerhetskultur preget av åpenhet og læring, og ønsker kommunehelsetjenesten tydeligere inn i tiltakene. Både kommuner og fag- og profesjonsforeninger er opptatt av at pasientsikkerhet må inn i utdanningen.

Personell

Behovet for å sikre fremtidig rekruttering og kompetanse i helse- og omsorgssektoren understrekes av mange. Spesielt blir behovet for å styrke kompetansen i kommunene, trukket frem. Det er viktig å jobbe både med rekruttering og med å beholde og videreutvikle medarbeidere. Systematisk kompetanseheving bør følges av konkrete virkemidler og ressurser. Kompetanseløftet må styrkes og forlenges, legge til rette for at voksne ufaglærte kan få fagbrev og følge opp med etterutdanning. Det er også flere som har omtalt behovet for å vurdere innhold og innretning på utdanninger. Bedre kompetanse i samfunnsmedisin og folkehelsearbeid i kommunene etterlyses, og i sykehusene trengs helsepedagogikk og forebyggingskunnskap. Flere høringsinstanser savner en konkret og langsiktig strategi for oppbygging av kapasitet og tilpassing av de helsefaglige utdanningene ved høyskoler og universiteter. Det uttrykkes bekymring for at utdanning og kompetanseøkning vil ta så vidt lang tid at mange kommuner ikke vil være satt i stand til å påta seg de nye oppgavene når de overføres.

Mange er opptatt av kommunenes ansvar for utdanningsoppgaver. Spesielt gjelder det behovet for bedre praksisundervisning. Flere utdanningsinstitusjoner peker på at kommunene bør ha en ansvarlig kontaktperson eller enhet som de kan samarbeide med om tilrettelegging og innhold i praksisundervisningen.

Sentrale aktører som helseforetak og ansattes organisasjoner, vektlegger at god ledelse vil være helt avgjørende for å lykkes med samhandlingsreformen. Sammenheng mellom ledelse, arbeidsmiljø og kvalitet blir trukket frem. Mer kunnskap om hva som virker innen helseledelse, lederutdanning og lederutvikling etterlyses fra Kunnskapssenteret. Ledere i helsetjenesten har for stort kontrollspenn (størrelse på myndighetsområde for eksempel antall underordnede). Ledere nærmest pasientene bør gis bedre rammevilkår, mener Sykepleierforbundet. De ønsker at regjeringen krever at helseforetak og kommuner etablerer arenaer for ledere fra begge nivåer, helst

felles lederutviklingsprogram for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Spekter viser til at helsepersonellutdanningene blir stadig mer spesialiserte. Styrking av en felles faglig og organisatorisk kultur forutsetter samhandlingskompetanse. Slik kompetanse må vektlegges i utformingen av utdanningene og praksisperiodene.

Behovet for tilfredsstillende kompetanse er et sentralt tema i høringssvarene om pleie- og omsorgstjenester. Det gjelder svarene fra kommuner, brukerorganisasjoner og fag- og profesjonsforeninger. Videre påpekes behovet for flere tiltak for å øke andelen heltidsstillinger. Flere mener at tiltakene i Kompetanseløftet er gode, men ikke tilstrekkelige til å rekruttere og beholde nok og kompetent personell.

Kapittel



Figur 3.1

3 Helhet og sammenheng

Helse- og omsorgstjenesten i Norge har utviklet seg til en omfattende og komplisert virksomhet med økende krav til personell, kompetanse, bygninger og utstyr. Kunnskapen om helsefremmende faktorer og sykdomsårsaker øker. Nye behandlings- og omsorgstilbud skaper nye behov, og veksten i sektoren har vært betydelig. Befolkningens helse påvirkes av forhold som ligger utenfor helsesektoren. Samtidig er en velfungerende helsetjeneste en viktig forutsetning for god helse.

Innholdet i helse- og omsorgstjenestene formes først og fremst av sykdomsbildet i befolkningen og av medisinsk kunnskap og teknologi. Organiseringen av tjenestene formes mer av den allmenne samfunnsutviklingen.

Desentralisering og en sterk primærhelsetjeneste er sentrale elementer i vår helsetjeneste. Offentlig finansiering og trygdeordninger har gitt hele befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester.

Det siste tiåret er det gjennomført omfattende helsereformer i mange europeiske land, også i Norge. De viktigste begrunnelsene for reformene er økte behandlingsmuligheter, store teknologiske endringer, og økende forventninger og krav til helsetjenesten i befolkningen.

Helseforetaksmodellen ble innført i 2002. Staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter i spesialisthelsetjenesten. Virksomhetene ble organisert i foretak. Parallelt med foretaksmodellen ble det gjennomført store endringer i den statlige helseforvaltningen. Sosial- og helsedepartementet ble delt i et Sosialdepartement og et Helsedepartement, senere Helse- og omsorgsdepartementet. Et nytt Sosial- og helsedirektorat, senere Helsedirektoratet, ble opprettet. Statens helsetilsyn og Nasjonalt folkehelseinstituttets roller ble rendyrket.

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Ordningen gir alle innbyggere rett til å ha en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft samme år.

Gjennom *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1999–2008) ble det bygget opp en ny lokalbasert tjeneste, gjennom en kraftig satsing i kommunene og etablering av distriktpsikiatriske sentre over hele landet. Satsingen omfatter kommunale bo- og tjenestetilbud, spesialisthelsetjenester, arbeid og psykisk helse, kompetansebygging, informasjons- og holdningsarbeid.

3.1 Utviklingen

Dagens helse- og omsorgstjeneste må ses i lys av helseutfordringene, utviklingen av medisinsk kompetanse og teknologi, og utviklingen i samfunnet siden begynnelsen av 1800-tallet. Da var dødeligheten omtrent tre ganger så høy som i dag, og hvert fjerde barn døde i løpet av første leveår. Fødselstallet var om lag tre ganger så høyt som nå, og barneflokkene var store. Derfor økte befolkningen til tross for den høye dødeligheten.

Medisinsk og teknologisk utvikling

Det var først og fremst det forebyggende arbeidet som gjorde at forekomsten av infeksjonssykdommer gikk ned i siste halvdel av 1800-tallet. De mikrobiologiske oppdagelsene åpnet nye veier for smittebekjempelse.

Sikring av rent drikkevann, kontroll av matosetning og inspeksjon av skoler og boliger, dannet grunnlag for offentlige og strukturelle tiltak rettet mot store grupper i befolkningen. Barnevaksinasjonsprogrammet som ble innført i 1952, er et godt eksempel. En effektiv vaksinasjonsstrategi har ført til at vi har klart å utrydde sykdommer som poliomyelitt og difteri i Norge. Stivkrampe er blitt en sjeldenhet, og alvorlige barnesykdommer som meslinger, kuma og røde hunder er praktisk talt blitt borte i vårt land. Kopper er utryddet i hele verden.

Nye legemidler som kom etter andre verdenskrig, var et stort behandlingsfremskritt. Ved hjelp av sulfapreparater og antibiotika, ble det mulig å behandle infeksjonssykdommer. En rekke skremmende folkesykdommer ble mindre farlige, som

for eksempel krupp (difteri) og lungebetennelse. Fra 1950-årene kom det nye og effektive legemidler mot muskel- og skjelettsykdommer. For mange eldre førte det til at de kunne klare seg hjemme lenger, uten hjelp eller behov for institusjonsplass.

Fra midten av 1950-tallet kom psykofarmaka som endret mulighetene til å behandle mennesker med alvorlig psykisk sykdom. Antall plasser i psykiatriske sykehus var høyest i slutten av 1960-årene. Senere har det vært en nedbygging av de store institusjonene. Et desentralisert behandlingstilbud er bygd ut parallelt.

Ny teknologi har revolusjonert den kirurgiske behandlingen, for eksempel behandling av hjertelidelser, organtransplantasjon, kikkhullskirurgi og skadekirurgi. Bedre teknologi har også redusert dødeligheten blant spedbarn. Flere enn før overlever med alvorlige funksjonshemninger og har behov for behandling, habilitering, rehabilitering og pleie – hele eller deler av livet.

Utviklingen innen molekylær- og genteknologi har gitt oss økt informasjon om ulike sykdommers arvelighet. Kartleggingen av det humane genom er en milepæl i medisinsk forskning.

Pleie og omsorg

Pleie og omsorg var først og fremst et familieansvar til etter andre verdenskrig. Kvinnene var ofte hjemmeværende og hadde ansvar for husarbeid og omsorg for barn og gamle og syke slektninger. I etterkrigstiden har det offentlige tatt et stadig større ansvar for pleie- og omsorgssektoren.

Kommunene har fått ansvar for en rekke oppgaver fra statlig og fylkeskommunalt forvaltningsnivå. Det har skjedd en nedbygging av særomsorg og institusjoner til fordel for hjemmebaserte tjenestetilbud og nye boformer i nærmiljøet. Grensene mellom syke- og aldershjem og omsorgsboliger med hjemmetjenester, viskes mer og mer ut.

Sykehus

Det fantes ikke alminnelige sykehus i Norge før langt utpå 1800-tallet. Privatpraktiserende leger i byene og distriktslegene på landsbygda, var kjerne i helsetjenesten. De få sykehusene som fantes, var først og fremst spesialiserte sykehus for sinnslidende eller for pasienter med kjønnsykdom. Tuberkulose forårsaket nesten halvparten av alle dødsfall i 1900. Det ble opprettet sanatorier for lungesyke helt fra 1870-årene, de fleste etter lokale initiativ. Ullevål Sykehus i Kristiania ble åpnet som epidemisykehus i 1887, og først senere

utbygd til å ta imot andre pasienter. Ved inngangen til det 20. århundret var det sju sykehus i Kristiania.

Fødsler var først og fremst en sosial begivenhet – ikke en medisinsk – til langt ut på 1800-tallet. I 1810 ble Norge inndelt i jordmordistrikter med autorisert jordmor. De to første fødselsstiftelsene (Christiania 1818, Bergen 1861) ble opprettet for å utdanne jordmødre. Da den tredje fødselsstiftelsen ble åpnet i Trondheim 1908 (E.C. Dahls stiftelse), var målet å sikre tryggere fødsel for mor og barn.

Sykehusstrukturen i Norge er i stor grad blitt til som et resultat av lokale initiativ for å dekke lokale behov. Utbyggingen fulgte ingen samlet plan, og det utviklet seg et mønster av kommunale, halvoffentlige, private og statlige sykehus. De fleste sykehusene ble oppført i 1950–1970, og hadde avdelinger for indremedisin, kirurgi og røntgen, og poliklinikker. By- og fylkeskommuner, humanitære organisasjoner og bedrifter stod for sykehusutbyggingen frem til fylkeskommunene fikk ansvaret i 1964.

Så sent som i 1960 var halvparten av sykehusene og sykestuene privat eid. Først gjennom sykehusloven av 1969 og senere ved fremlegging av St.meld. nr. 9 (1974–75) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen* ble det mulig å ta nasjonale, samordnende grep. Signaler om et mer differensiert og nivådelt sykehusvesen ble langt på vei fulgt opp. Mange sentralsykehus ble etablert. Det ble også etablert nye regionsykehus i Midt- og Nord-Norge. De aller fleste lokalsykehusene ble opprettholdt som akuttisykehus, og mange ble betydelig utbygd og faglig styrket.

Den historiske utviklingen i helse- og omsorgstjenesten har ført til mer spesialisering, dels gjennom opprettelse av nye yrkesgrupper og dels gjennom oppdeling av det medisinske fagområdet. Dette stiller nye krav til utdanningene.

3.2 Utfordringene

I løpet av det 20. århundret har smittsomme sykdommer gått tilbake og kroniske ikke-smittsomme sykdommer preger sykdomsbildet i økende grad. De dominerende sykdomsgruppene er hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2, luftveissykdommer, muskel- og skjelettsykdommer, ulykker og psykiske lidelser. Dette er sykdommer og lidelser som i stor grad påvirkes av levekår, livsbetingelser og levevaner.

Risikofaktorer som tobakksbruk og alkoholforbruk, uheldig kosthold og fysisk inaktivitet,

påvirkes blant annet av kommersielle interesser, globale trender og den generelle samfunnsutviklingen. De samfunnsmessige utfordringene gjør det nødvendig med forsterket innsats for å styrke folkehelsen, forebygge sykdom og skader og sikre at flest mulig opprettholder funksjonsevne og er selvhjulpne.

De største utfordringene handler om hvordan vi kan holde befolkningen frisk så lenge som mulig og hvordan vi kan vedlikeholde, styrke og bygge god helse i alle deler av befolkningen. Det er stort behov for mer kunnskap om forhold som vedlikeholder og fremmer helse og mestring. Nye sykdomsmønstre skaper nye utfordringer for helsetjenesten. Dagens kroniske sykdommer krever innsats fra mange instanser over lang tid.

Helse- og omsorgstjenesten har gradvis endret seg fra å være opptatt av livstruende tilstander og forhindre for tidlig død, til også å omfatte tjenester som skal bedre livskvaliteten for kronisk syke og personer med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende. Etter hvert er det rettet mye oppmerksomhet mot personer som har risiko for sykdom, for å hindre at de blir syke. Denne dreiningen fører til betydelige organisatoriske, kapasitets- og kompetansemessige utfordringer innen folkehelsearbeid og i hele helse- og omsorgstjenesten.

Befolkningen i Norge har generelt god helse. I løpet av det 20. århundret økte forventet levealder ved fødsel med 24 år. Tidlig i forrige århundre ble levealdergevinsten først og fremst realisert før pensjonsalder. I dag er situasjonen omvendt. For noen tiår siden førte økningen i levealder til en økning av antall nordmenn i arbeidsfør alder. Nå fører økningen til flere pensjonister.

Høy levealder er positivt fordi det betyr at folk er ved god helse, og at vi har gode velferdsordninger. Antall personer over 80 år kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030 og til over 500 000 i 2050 (SSB). Økt levealder vil sannsynligvis bety at mange eldre holder seg friske lenger. Men samtidig vil antall kronisk syke fortsette å øke som følge av økt levealder. Mange vil ha behov for oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten i kommunene og fra spesialisthelsetjenesten. Utfordringene innen psykisk helsetjeneste og rusomsorg vil i stor grad gjelde pasientgrupper med depresjon, angst og problemer knyttet til rusmisbruk.

Medisinske fremskritt og nye behandlingsmetoder gjør at vi kan behandle stadig flere tilstander. Økning i ikke-smittsomme sykdommer, komplekse kroniske lidelser og tilstander som kan knyttes til livsstil, vil stille store krav til helse- og omsorgstjenesten. Samtidig øker forventningene

til hva helse- og omsorgstjenesten kan gjøre for den enkelte. Det trengs en helhetlig tenkning om hvordan fremtidens helse- og omsorgstjeneste og folkehelsearbeid skal formes for å bedre folkehelsen og sikre en bærekraftig utvikling.

Det er klar sammenheng mellom totalforbruket av alkohol og helsemessige og sosiale skader, sykdommer og ulykker. Bruk av illegale rusmidler, herunder illegal bruk av legemidler, fører til sosiale problemer, økt kriminalitet, lav levestandard, dårlig helse og dårlig ernæring.

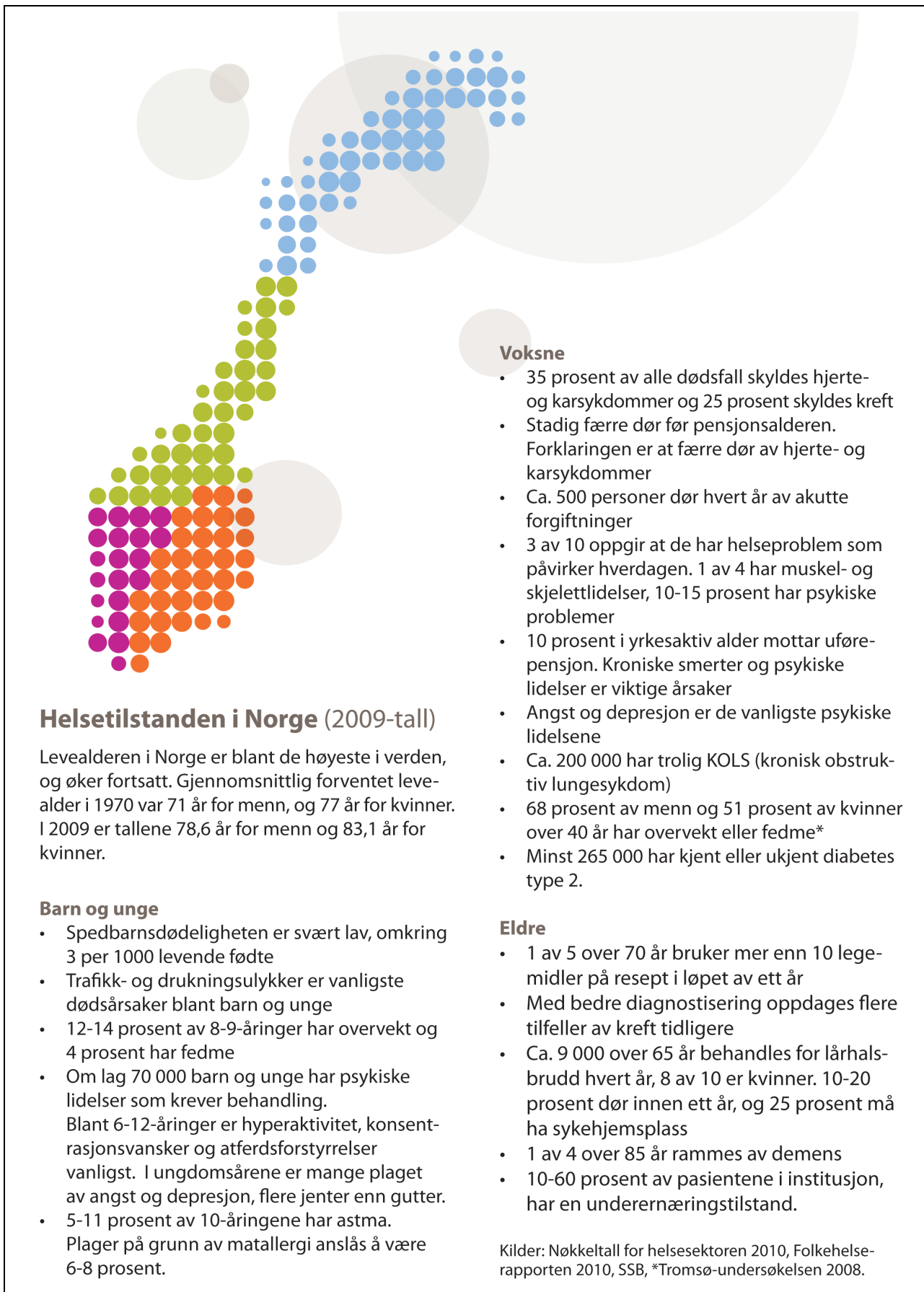
Tall fra NAV viser at antall unge uføre har steget de siste årene. Sysselsettingsgraden for personer med nedsatt funksjonsevne, er betydelig lavere enn for befolkningen totalt (henholdsvis 44 prosent og 75 prosent i 2010). Andelen har vært uforandret de siste ti årene.

Å delta i arbeidslivet er viktig for å sikre velferd for den enkelte og samfunnet. Velferdsordningene bidrar til å sikre inntekt for dem som blir arbeidsledige eller av andre grunner faller utenfor arbeidslivet. Regjeringen har lagt vekt på tiltak for grupper som er i risiko for å falle utenfor eller ut av arbeidslivet.

Pasient- og brukerrollen er endret de siste tiårene. En sterkere pasientrolle bidrar til medbestemmelse og innflytelse i spørsmål som angår egen helse. Den kunnskapsrike og ressurssterke pasienten er et resultat av bedre utdanning og langt enklere tilgang til kunnskap enn før. Men tilgangen til helsetjenester skal ikke være avhengig av den enkeltes kunnskap og ressurser. Helse- og omsorgstjenesten må være omstillingsdyktig og kunne møte ulike pasientgrupper på ulike måter.

En aktiv pasientrolle fordrer kunnskap om helse, og informasjon om tjenestetilbudet. Det er viktig å sikre at informasjonen er språklig tilgjengelig for alle pasienter. For samer har slik informasjon vært mindre tilgjengelig av flere grunner; for eksempel at det ikke finnes informasjon på eget språk og manglende opplæring i samisk og norsk. Helseinformasjon tilpasset samisk kultur, har vært lite tilgjengelig, og har i liten grad vært bygget på samiske data.

Regjeringens perspektivmelding (St.meld. nr. 9 (2008–2009)) fastslår at offentlige utgifter til helsesektoren kan øke fra 10 prosent av bruttonasjonalproduktet for Fastlands-Norge i 2005, til om lag 14,5 prosent i 2060. Tallene forutsetter uendret ressursbruk til helse- og omsorgstjenester per innbygger. Utvikling av nye, kostbare behandlingsmetoder kan gi enda sterkere vekst. På den annen side kan et bedre helsetilbud og lengre levealder føre til bedre helse. Dette kan dempe veksten i ressursbruk. Mer effektiv bruk av res-



Figur 3.2

sursene kan gi rom for å få mer igjen for de midlene som settes inn i helse- og omsorgssektoren.

En av de største utfordringene fremover er å rekruttere nok og kompetent personell. For å sikre tilstrekkelig antall fagpersoner må man se på mulighetene for ny fordeling av arbeidsoppgaver mellom yrkesgruppene. Det er også nødvendig å vurdere endringer i helse- og sosialutdanningene. Utdanningskapasiteten må tilpasses behovene på ulike fagområder, og globale forpliktelser og internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering.

Globaliseringen fører til økt mobilitet av helsepersonell. I dag mangler det mer enn fire millioner helsearbeidere i verden. Situasjonen er særlig akutt i utviklingsland, der kvalifisert helsepersonell rekrutteres til bedre betalte stillinger i industriland.

En god helse- og omsorgstjeneste krever at vurderinger og avgjørelser bygger på best mulig kunnskap omsatt i praktisk handling. Bruk av systematiske kunnskapsoppsummeringer, retningslinjer og prosedyrer bidrar til å kvalitetssikre arbeidet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi må i større grad tas i bruk i organisering og drift av tjenestene, for faglige og administrative formål, og for å bedre brukermedvirkningen.

Samer

Forskjellene i helse mellom samer og nordmenn er små, men det finnes likevel noen særlige helsemessige utfordringer i den samiske befolkningen. Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø peker på selvmord og brå død, inkludert ulykker spesielt blant unge samiske menn, som en utfordring. Dette kommer frem i helse- og levekårsundersøkelser i områder med samisk bosetting. Det er behov for mer kunnskap blant annet om livsstilssykdommer. Senteret har avdekket misnøye med helsetjenesten i den samiske befolkningen. Det vises til St. meld. nr. 28 (2007–2008) *Samepolitikken* som blant annet beskriver helsespørsmål.

Innvandrere

Norge har innvandrere fra nesten hele verden. Rundt 11 prosent av befolkningen har minoritetsbakgrunn. Flyktninger utgjør omkring en firedel av innvandrerne i Norge. Befolkningssammensetningen endres i alle europeiske land. Psykisk

helse hos asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere i Norge er i stor grad preget av belastninger knyttet til flukten og ulike belastninger etter ankomst til mottakerlandet. Mange har hatt traumatiske opplevelser i hjemlandet, og kan derfor oppleve problemer i tilpasningsprosessen. Barn og unge som har vært på flukt, kan ha svekket psykisk helse.

Mange innvandrere kommer fra land hvor sykdomsbildet i befolkningen er forskjellig fra det vi finner i majoritetsbefolkningen i Norge. Et annerledes kosthold, ny bakterieflora og stress knyttet til integrering, kan øke risikoen for sykdommer. Enkelte grupper har helsefordeler ved at tobakk og rusmidler brukes i mindre grad i deres kultur enn i den norske.

Norge i verden

Flere helseutfordringer må løses gjennom internasjonalt samarbeid. Norges internasjonale helsesamarbeid har som mål å utvikle ordninger for effektiv forebygging og sykdomsbekjempelse, og bidra til å bedre helsesituasjonen nasjonalt, regionalt og globalt. Norge skal bidra til å utvikle vel fungerende helsesystemer, ivareta helsehensyn i handel med produkter og tjenester, og styrke Verdens helseorganisasjon (WHO) som hovedorgan for normutvikling og overvåking av global helsepolitikk.

Helsesystemene utfordres av økt mobilitet av helsearbeidere og pasienter, og av den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning.

Nytt EU-direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, vil også berøre Norge.

Norge har en helsesamarbeidsavtale med Russland og spiller en aktiv rolle i det regionale helsesamarbeidet i nordområdene. Dette foregår først og fremst gjennom *Den nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet* og *Barents helse- og sosialsamarbeid*.

3.3 Sosiale forskjeller i helse

Regjeringen har gjennom St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* satt sosiale forskjeller i helse høyt på politisk dagsorden. Meldingen inneholder en bred beskrivelse av sosiale helseforskjeller som helsepolitisk utfordring, og skisserer strategier for å utjevne forskjellene på en lang rekke samfunnsområder.

Stortingsmeldingen er det første politiske dokumentet som tar opp problemet i full bredde og presenterer en samlet politikk for å redusere forskjellene.

Det er mange årsaker til helseforskjeller, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. Gjennom stortingsmeldingen har regjeringen dreid oppmerksomheten fra enkeltindividets ansvar for egen helse og over til samfunnets ansvar. Begrunnelsen er at de sosiale forskjellene i helse varierer systematisk etter sosial status, i så stor grad at forskjellene må være påvirket av sosiale og økonomiske faktorer som den enkelte ikke har valgt selv.

En grunnleggende forutsetning for å utjevne sosiale helseforskjeller, er å sikre rettferdig fordeling av økonomiske ressurser i samfunnet. NOU 2009: 10 *Fordelingsutvalget* har utredet og foreslått tiltak som kan bidra til å redusere økonomiske forskjeller over tid. I innstillingen kom det tydelig frem at barnehager og resten av utdanningssystemet har stor påvirkning på sosiale forskjeller senere i livet. Regjeringen tar sikte på å legge frem en stortingsmelding om fordelingspolitikken i 2011. Den videre innsatsen mot fattigdom vil ses i sammenheng med oppfølgingen av fordelingsutvalgets innstilling.

Stortingsmeldingen om sosiale helseforskjeller tar for seg forskjeller i helse som følger utdanning, yrke og inntekt. Vi finner sosiale forskjeller i helse både for kvinner og menn. Sammenhengen mellom kjønn og sosiale helseforskjeller er kompleks. Dersom vi tar utgangspunkt i levealder, er de sosiale forskjellene mindre for kvinner enn for menn. For andre helsemål, som for eksempel psykisk helse, er de sosiale forskjellene i helse større for kvinner. Enkelte studier viser at tilgjengelighet til helsetjenester er kjønnsmessig skjevt fordelt. Det er behov for mer kunnskap på dette området.

3.4 Samhandlingsreformen

Nye helseutfordringer og nye behandlingsmuligheter, kombinert med en ny bruker- og pasientrolle, fører til endringer i helse- og omsorgstjenesten. Den økende andelen eldre i befolkningen påvirker sykdomsmønsteret. Med høyere alder øker også forekomsten av sammensatte og kroniske sykdommer. Samtidig pågår en økende spesialisering og oppdeling av tjenestene, både faglig og organisatorisk.

I NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* analyserte Wisløffutvalget behovet for bedre samhandling i helsetjenestene. Utvalgets vurdering var at samhandling svikter i overgangen mellom tjenestene. Det gjelder både på individnivå og systemnivå, og for alle typer pasienter. Utfordringene er spesielt store for pasientgrupper med langvarig behov for samhandling, der verken spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten kan dekke pasientens behov alene. Utvalget fremmet en rekke forslag til endringer, som i sum skulle bidra til forbedringer. Utvalget beskrev selv «et ønske om en innholdsreform i helsetjenesten».

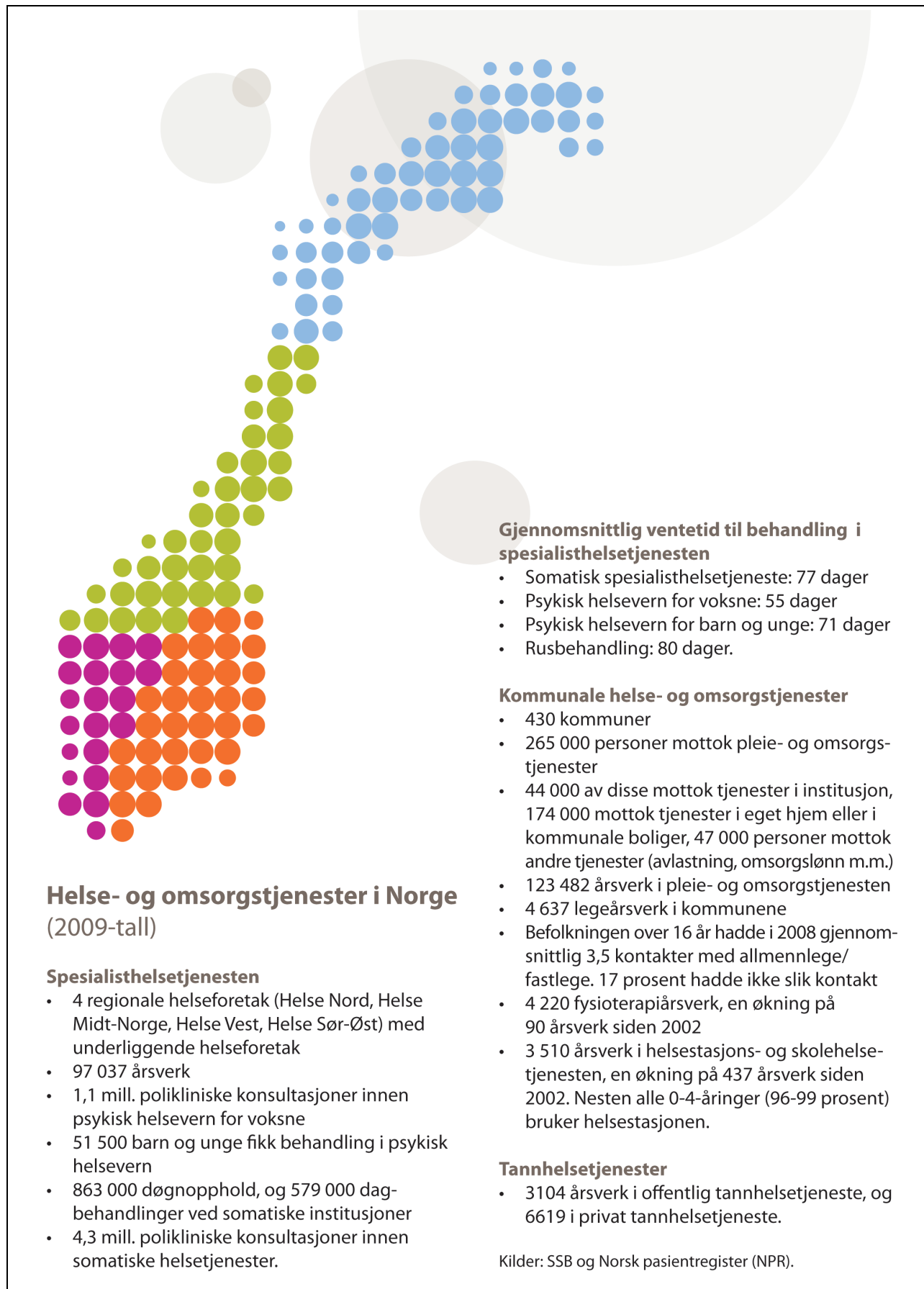
Utfordringene vi står overfor, har ført til en utbredt erkjennelse av at det er behov for endringer for å sikre bærekraft og god kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen la frem St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid* i 2009. Stortinget behandlet meldingen våren 2010. Målet med samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Regjeringens strategier for å nå målet er:

- Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, samt habilitering og rehabilitering, som skal gi økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten.
- Økt brukerinnflytelse som skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene og økt opplevelse av mestring hos den enkelte.
- Forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp skal gi mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere og pasienter.
- En større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene, forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre og at det er kostnadseffektivt. Dette skal gi dempet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester.

Det legges til grunn at den forventede veksten i behov for helsetjenester i størst mulig grad skal dekkes i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning i planlegging og organisering av tjenestene, med forebygging, tidlig intervensjon, diagnostisering, behandling, rehabilitering og nødvendig omsorg. Sentralt i meldingen er at kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med andre samfunnsområder der kommunene har ansvar og oppgaver.

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Reformen skal innføres gradvis, og 1. januar 2012 er begynnelsen på en langsiktig omstilling. Det skal legges økt vekt på forebyggende og helse-



Figur 3.3

fremmende arbeid, den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og videreutvikles, og spesialisthelsetjenesten skal omstilles. Et førende prinsipp er å desentralisere det vi kan, og sentralisere det vi må. Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres der dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldent forekommende sykdommer og tilstander skal sentraliseres der det er nødvendig. Målet er å sikre god kvalitet og god ressursutnytting. Dette vil langt på vei fordre en ny kommunerolle og en ny spesialisthelsetjeneste. En vellykket samhandlingsreform forutsetter likeverdighet og balanse mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Staten styrer spesialisthelsetjenesten gjennom foretaksmøter og oppdragsdokumenter, og vil legge til rette for godt samarbeid lokalt.

Samhandlingsreformen skal gjennomføres over tid, og det er nødvendig med et bredt sett av virkemidler for å nå målene.

3.4.1 Rettslige virkemidler

Regjeringen legger frem forslag til to nye lover; lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven).

Lov om folkehelsearbeid

I forslag til folkehelselov er reguleringen av kommunalt, fylkeskommunalt og statlig folkehelsearbeid samlet i én lov. Forslaget fremgår av Prop. 90 L (2010–2011) som fremmes for Stortinget samtidig med Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Det tydeliggjøres at kommunene har et helhetlig ansvar for innbyggernes helse. Folkehelsearbeidet er et ansvar for hele kommunen, ikke bare for helse- og omsorgstjenesten. Loven skal bidra til bedre forankring av folkehelsearbeidet i kommunens politiske og administrative ledelse, i alle sektorer og i ordinære plan- og styringssystemer. Loven skal mobilisere tverrsektorielt engasjement for folkehelsearbeid og forebyggende helsearbeid.

Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at kommunene får et tydelig bilde av hvilke utfordringer de har lokalt. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal bidra med opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og gi støtte til kommunene i deres vurderinger av folkehelsestilstanden. Drøfting av kommunens helseutfordringer skal inngå som

grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå som grunnlag for regional planstrategi.

Ved hjelp av oversikten skal kommunen fastsette mål og strategier for det lokale folkehelsearbeidet og iver sette nødvendige tiltak. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven. Kommunen har allerede flere virkemidler som samfunnsutvikler, lokal planmyndighet og eier av virksomheter. Det skal legges til rette for å bruke disse virkemidlene gjennom økonomiske ressurser, veiledning og utvikling av metoder og verktøy.

Det foreslås også å stille krav om bedre beredskap ved miljøhendelser, for eksempel kjemikalieulykker. Plan- og bygningsloven blir viktig for å følge opp loven på tvers av sektorene. Folkehelseloven viderefører regelverket om miljørettet helsevern fra kommunehelsetjenesteloven.

Fylkeskommunenes ansvar videreføres gjennom den nye folkehelseloven. I likhet med kommunene, skal fylkeskommunene bruke virkemidlene de allerede har, til å fremme folkehelse. Fylkeskommunene skal holde oversikt over helsetilstanden i fylket, støtte kommunene og arbeide for samordning av folkehelsearbeidet i fylket.

Statlige helsemyndigheter får plikt til å bistå kommunesektoren.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra til å sikre bedre samhandling innad i kommunen og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget fremgår av Prop. 91 L (2010–2011) som fremmes for Stortinget samtidig med Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Brukere og pasienter får et enklere og ryddigere regelverk som i større grad er samordnet med det som gjelder for spesialisthelsetjenesten.

Flere elementer i den nye loven skal bidra til bedre samhandling innen kommunen, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten:

- Loven opphever skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester og foreslår felles regelverk, klage- og tilsynsordning.
- Pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester, samles i pasientrettighetsloven.
- Loven utformes på en mer overordnet og profesjonsnøytral måte. Ansvar presiseres, men kommunen får frihet til selv å velge hvordan tilbudene skal organiseres ut fra lokale forutsetninger og behov.

- Kommunenes helhetlige ansvar tydeliggjøres.
- Loven stiller krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene, slik at tjenesten er i samsvar med lov og forskrift.
- Loven stiller krav om helhetlige og koordinerte tjenester. Det gjelder både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Loven foreslår plikt for kommunene til å sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Dette vil i første omgang omfatte pasienter med somatiske tilstander som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for. Det vil ta noen år før kommunene har forutsetninger for å innfri denne plikten. Regjeringen legger derfor opp til at forslaget kan lovfestes nå, men at bestemmelsen først trer i kraft når innfasingsperioden er gjennomført. Det tas sikte på at lovbestemmelsen kan tre i kraft 1.1. 2016. Etter hvert vurderes det i hvilken grad rusbehandling og psykisk helse skal omfattes av plikten.
- Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Det foreslås lovfestet plikt for kommunene til å oppnevne koordinator til pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient/bruker, og sikre samordning og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Det foreslås en forskriftshjemmel slik at Helse- og omsorgsdepartementet kan gi forskrifter om kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen. Departementet vurderer også hvorvidt flere av bestemmelsene som i dag fremgår av avtaleverket, i stedet bør reguleres i forskrifter.

Regjeringen foreslår å innføre krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Krav om at tjenestene skal være forsvarlige, tydeliggjøres. Det foreslås at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten.

Andre lovendringer

Det foreslås å endre meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3–3 slik at ordningen blir et rent læringssystem. Meldeordningen foreslås

forvaltet av Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. Hvis meldeordningen flyttes fra Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket, kan helsepersonell melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner, og vi kan få bedre data om omfang, fordeling og risiko. Uønskede hendelser kan i større grad brukes som grunnlag for analyse og læring for å forebygge og redusere faren for pasientskader. Ved mistanke om alvorlig svikt på systemnivå, skal Statens helsetilsyn varsles. Det foreslås i tillegg å lovfeste prøveordningen som ble etablert 1. juni 2010, der helseforetakene er pålagt å varsle om alvorlige hendelser direkte til Statens helsetilsyn.

Avtaler

I helse- og omsorgstjenesteloven og i endringer i spesialisthelsetjenesteloven, foreslås det å pålegge kommuner og regionale helseforetak/helseforetak å inngå lokale samarbeidsavtaler.

Avtalene skal bidra til likeverdighet mellom partene, bidra til samhandling og koordinering mellom forvaltningsnivåene, og legge til rette for at pasienter og brukere får hjelp på beste effektive omsorgsnivå. Pasient- og brukerorganisasjonene skal medvirke i arbeidet med avtalene.

Regjeringen har inngått nasjonale samarbeidsavtaler med KS om en felles ramme for samarbeid om utvikling av tjenestene. *Avtale om kvalitetsutvikling i helse og omsorgstjenestene* og *Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet* er forlenget ut 2011.

I lovforslaget er det lagt inn krav til hvilke temaer avtalene som et minimum skal inneholde. Det kan være opplegg for faste samarbeidsrutiner om innleggelse, utskrivning og oppfølging av pasienter som har behov for koordinerte tjenester, gjensidig kunnskapsoverføring, forskning, utdanning, IKT-løsninger etc. Andre forhold i avtalene kan partene regulere etter lokale behov.

Det foreslås at lovfesting av samarbeidsavtaler trer i kraft samtidig med resten av helse- og omsorgstjenesteloven, etter planen fra 1. januar 2012. Avtalene skal være en ramme for samarbeidet om overføring av aktiviteter og oppbygging av tjenestetilbudet i kommunene. Det er viktig at kommuner og helseforetak forbereder avtaleinngåelse i løpet av 2011. Helse- og omsorgsdepartementet har allerede etablert et samarbeid med KS for å forberede kommunene på å følge opp forslaget om lovfestet avtaleplikt. Departementet vil i samarbeid med KS, Fylkesmannen, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, legge til rette for at partene kan starte arbeidet med å for-

berede avtaleinngåelse så snart som mulig etter at Stortinget har behandlet lovforslaget.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag i 2011 å utarbeide veiledningsmateriell om samarbeidsavtaler for kommuner og helseforetak.

Helsetjenester på Svalbard

Helselovene er i liten grad gjort gjeldende for Svalbard. I enkelte helselover, blant annet i spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, er det særskilt hjemmel for at Kongen kan gi nærmere forskrifter om lovenes anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. I andre lover, som smittevernloven, er denne myndigheten lagt til Helse- og omsorgsdepartementet. Hjemlene er ikke benyttet. Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med et arbeid for å vurdere om helselovene helt eller delvis skal gjøres gjeldende for øygruppen.

Bosettingen i Longyearbyen og Ny-Ålesund får i all hovedsak de helsetjenestene de mottar, ved Longyearbyen sykehus, som er en avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Det finnes også noe privat virksomhet. Longyearbyen sykehus er først og fremst et akuttmedisinsk beredskapssykehus. Sykehuset tilbyr stadig flere tjenester i takt med utviklingen på øygruppen. Pasientene må til fastlandet hvis de har behov for helsetjenester utover tjenestene som tilbys på Svalbard. Nordmenn beholder tilknytningen til sin hjemkommune mens de bor på Svalbard.

3.4.2 Økonomiske virkemidler

De økonomiske virkemidlene skal støtte målene om ønsket arbeidsfordeling, gode pasientforløp og løsninger på beste effektive omsorgsnivå. Et viktig grep i reformen har vært å etablere virkemidler som gjør det økonomisk fornuftig for spesialisthelsetjenesten og kommunene å samarbeide (boks 3.1). Dagens modell med to forvaltningsnivåer og uavhengig finansiering, støtter i mindre grad opp under pasientens behov for helhetlige tjenester. Kommunen har kostnader forbundet med tiltak for å unngå sykehusinnleggelse. Innleggelse og annen bruk av spesialisthelsetjenester er gratis for kommunene, samtidig som sykehuse- ne har kunnet innrette sin virksomhet uavhengig av kommunenes tilbud. Kortere liggetid i sykehus har for eksempel medført økte utgifter for kommunene. Et viktig element i samhandlingsreformen har vært å etablere en økonomisk forbindelse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Kommunal medfinansiering – insentivordning fra 2012

Med kommunal medfinansiering etableres det en økonomisk forbindelse mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, tilsvarende 20 prosent av gjennomsnittskostnadene i spesialisthelsetjenesten for disse gruppene.

Kommunene får et insentiv til å interessere seg for sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Kommunal medfinansiering skal inspirere til samarbeid om gode helhetlige pasientforløp, og til å påvirke bruken av spesialisthelsetjenester når dette er bedre for pasientene, til lavere kostnader. Potensiell innsparing som følge av kommunal medfinansiering, vil kunne inngå som en del av grunnlaget for drift av alternative tilbud i kommunene. Planlagt aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten følges av vekst i frie inntekter, slik at kommunene kan håndtere sin medfinansieringsandel.

Kommunal medfinansiering vil ikke kunne fullfinansiere etablering av nye tilbud i kommunene, og må derfor kombineres med andre økonomiske virkemidler.

Høringsinstansene ble bedt om å vurdere to avgrensede modeller for 20 prosent kommunal medfinansiering av somatiske pasienter (det vil si halvparten av dagens ISF-sats på 40 prosent):

- Alle opphold og konsultasjoner for pasienter over 80 år (modell 1)
- Medisinske opphold og konsultasjoner for alle aldersgrupper (modell 2)

En forutsetning er at modellen omfatter områder der kommunale tilbud kan påvirke omfanget av innleggelser og behandling i spesialisthelsetjenesten på en måte som er bedre for pasientene, og med lavere kostnader. Det er dokumentert at kommunale tilbud har effekt på omfang av innleggelser i medisinske avdelinger for alle aldersgrupper, også for personer over 80 år. En modell avgrenset til medisinske opphold og konsultasjoner for alle aldersgrupper, er mer i samsvar med målene i samhandlingsreformen. Den vil støtte nødvendig omstilling og legge bedre til rette for at kommunene satser på forebygging, i større grad enn en aldersavgrenset modell vil gjøre. En aldersavgrenset modell kan gi uheldige signaler til kommuner og helseforetak om prioritering av ressurser og pasienter, og kunne medføre at terskelen for sykehusbehandling blir høyere for per-

Boks 3.1 Økonomiske virkemidler

Kommunal medfinansiering

Dagens modell med to forvaltningsnivåer og uavhengig finansiering, støtter ikke pasientenes behov for helhetlige tjenester.

Med kommunal medfinansiering etableres en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelse og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik får kommunene et insentiv til å interessere seg for sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester.

Utskrivingsklare pasienter

Mange pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, blir liggende i sykehus i påvente av kommunalt tilbud.

Kommunene får overført midler fra spesialisthelsetjenesten til å etablere tilbud til pasienter som er utskrivingsklare, eller til å betale for pasienter som spesialisthelsetjenesten har definert som utskrivingsklare.

Etablering av tilbud i kommunene fører til at pasienter som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, raskest mulig kan komme hjem til et lokalt tjenestetilbud.

Øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene

Erfaringer fra blant annet sykestuedrift, viser at ulike lokale tilbud kan bidra til å sikre observasjon, diagnostisering og behandling på en god og kostnadseffektiv måte.

Det foreslås en plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud. Det foreslås en innfasingsperiode før plikten trer i kraft, der midler overføres gradvis fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, slik at etablering av tilbud fullfinansieres.

Samarbeidsprosjekter

Flere steder er det samarbeidsprosjekter med delt finansiering mellom kommuner og regionale helseforetak. Slike spleiselag sikrer lokal forankring og legger til rette for konkret samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Departementet har stilt krav om at de regionale helseforetakene sammen med kommuner, kartlegger muligheter for kostnadseffektive, lokale samarbeidsprosjekter til erstatning for dagens behandling i sykehus.

Investeringer

Flere steder vil det være mulig å utnytte eksisterende bygningsmasse til nye aktiviteter. Dersom kommunene har behov for å investere i nye institusjonsplasser, kan de få tilskudd gjennom investeringsordningen til heldøgns omsorgsplasser, dersom kriteriene er oppfylt.

I overføringene fra regionale helseforetak til kommunene, som skal gå til utskrivingsklare pasienter og etablering av øyeblikkelig hjelp-døgntilbud, er det lagt til grunn en døgnattsats som inkluderer kapitalkostnader.

Behov for ytterligere styrking i kommunene

Det er behov for å utvikle en kommunerolle som gjør at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. En større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene, blant annet for å ivareta behovet for økt forebygging og styrket folkehelsearbeid.

En ressursvekst til helse- og omsorgstjenester må i større grad legge til rette for oppbygging av tjenester i kommunene.

soner over 80 år, enn for andre aldersgrupper. Etter en samlet vurdering legger regjeringen opp til å innføre kommunal medfinansiering av medisinske opphold og konsultasjoner for alle aldersgrupper.

Flere høringsinstanser er opptatt av at enkeltkommuners økonomiske risiko må begrenses ved etablering av økonomiske virkemidler. Det er et betydelig risikoreduserende tiltak for kommunene at operasjoner ikke er inkludert i modell 2. Modell 2 inkluderer heller ikke fødsler. Det vil bli

lagt opp til et tak på om lag 30 000 kroner for særlig ressurskrevende enkeltopphold. Det legges også opp til å unnta nyfødte barn og pasientbehandling med kostbare biologiske legemidler, fra medfinansieringsgrunnlaget.

For å unngå utilsiktede prioriteringseffekter, legges det opp til en helhetlig finansieringsmodell til de regionale helseforetakene. For pasientgrupper som ikke er inkludert i kommunal medfinansiering, legges det opp til 40 prosent ISF-refusjon (innsatsstyrt finansiering) fra staten, og 20 prosent for de pasientgrupper som omfattes av kommunal medfinansiering. Samlet sett vil dermed forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering, være det samme for alle pasientgrupper innenfor somatisk pasientbehandling som i dag omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF).

Kommunal medfinansiering omfatter i første omgang bare aktivitet som er inkludert i den innsatsstyrte finansieringen. Det betyr at aktivitet hos de privatpraktiserende avtalespesialistene ikke er inkludert. Sykehusene er ansvarlige for å registrere og rapportere ISF-grunnlaget, og dermed også grunnlaget for den kommunale medfinansieringen. Kvalitetssikring og kontroll av medfinansieringsgrunnlaget vil således kunne inngå som en del av det samlede kontrollopplegget for ISF-ordningen.

Flere høringsinstanser har pekt på at økonomiske virkemidler bør innføres gradvis for å høste erfaringer. 20 prosent medfinansiering er en fornuftig medfinansieringsandel som gir tilstrekkelige insentiver, samtidig som kommunene ikke utsettes for uakseptabel risiko. En høyere medfinansieringssats enn 20 prosent, vil kunne styrke insentivene i ordningen, men også øke den økonomiske risikoen for mindre kommuner.

Regjeringen legger heller ikke opp til å innføre kommunal medfinansiering for psykisk helsevern, rusbehandling og opphold i private opptreningsinstitusjoner fra 2012. Flere høringsinstanser peker på at det er behov for å klargjøre oppgave- og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene, før det etableres økonomiske virkemidler på disse områdene.

Midlene til kommunal medfinansiering som overføres til kommunene fra 2012, vil bli finansiert av en tilsvarende reduksjon i bevilgningen til innsatsstyrt finansiering. Nye analyser basert på tall for 2. tertial 2010, viser at uttrekket vil bli på om lag 4,2 mrd. 2010-kroner.

I St.meld nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* ble det lagt til grunn at ISF-satsen skal reduseres fra 40 til 30 prosent. Regjeringen vil

følge utviklingen i spesialisthelsetjenesten, og vil på det nåværende tidspunkt ikke foreta endringer i ISF-satsen. Regjeringen vil komme tilbake til en vurdering av dette i forbindelse med de årlige budsjetter.

Kommunal medfinansiering er et økonomisk insentiv, og det legges til grunn at midlene fordeles til kommunene som frie inntekter. De endelige økonomiske konsekvensene av ordningen, inngår i regjeringens ordinære arbeid med budsjett 2012, herunder kommuneproposisjonen 2012.

Økte ressurser og oppbygging av kapasitet i kommunehelsetjenesten vil ikke nødvendigvis redusere ressursbruken i sykehusene. Det er en sentral premiss at aktiviteten i sykehusene må styres. Det vil bli lagt opp til fortsatt stram styring av aktiviteten i sykehus.

Overføring av oppgaver og budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene (2012–2015)

I forbindelse med overføring til kommunene av oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, skal det også skje en overføring av budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er overføringene først og fremst knyttet til utskrivingsklare pasienter og plikten for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud.

Utskrivingsklare pasienter

Dagens betalingsforskrift innebærer at kommunene betaler for utskrivingsklare pasienter ti dager etter at kommunen skriftlig er varslet om utskrivning, dersom ikke annet er avtalt.

I høringen er det foreslått at det økonomiske ansvaret overføres fra første dag pasienten er registrert som utskrivingsklar. Et flertall av høringsinstansene, herunder de fleste kommunene, støtter forslaget. Enkelte kommuner mener at betalingsplikten bør inntre først etter dag tre, fordi det ikke nødvendigvis er kostnadseffektivt at alle kommuner til enhver tid skal ha kapasitet til å ta imot pasienter umiddelbart.

Regjeringen legger opp til at betalingsplikten innføres fra første dag, for å sikre at kommune gis et økonomisk insentiv til å etablere tilbud til pasienter som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten.

For noen kommuner vil det ta tid å etablere tilbud for utskrivingsklare pasienter. Det er imidlertid rimelig å anta at det flere steder vil være mulig å utnytte eksisterende bygningsmasse ved at til-

budet samlokaliseres med andre institusjonelle tjenestetilbud, også i samarbeid mellom kommuner. Kommunene kan søke tilskudd dersom de utskrivingsklare pasientene har behov for heldøgntjenester, og planlagte bygg oppfyller vilkårene i investeringsordningen for heldøgns omsorgsplasser.

Etablering av kommunale tilbud må ses i sammenheng med nivået på kommunal betaling per døgn (betalingssats). Settes satsen for lavt, vil det være mer lønnsomt for kommunen å betale sykehusene enn å opprette nye tilbud. Dersom satsen settes for høyt, trekker man ut midler fra helseforetakene som går til behandling av andre pasienter enn de utskrivingsklare. Enkelte høringsinstanser mener at betalingssatsen bør reflektere kostnadene ved å behandle disse pasientene i kommunen, mens andre mener at satsen bør være høyere for at kommunene skal få et sterkere insentiv til å ta imot pasientene. Etter en samlet vurdering legger regjeringen opp til at betalingssatsen settes til 4 000 kroner per døgn i 2012, slik at kommunene gis et tilstrekkelig sterkt insentiv og har mulighet til å etablere gode tilbud.

Kommunene vil få overført midler for utskrivingsklare pasienter tilsvarende om lag 560 mill. kroner. Overføringen baseres på en betalingssats på 4 000 kroner som tar høyde for driftskostnader, inkludert kapitalkostnader og 140 000 liggedøgn som tilsvarer gjennomsnittlig antall utskrivingsklare liggedøgn i perioden 2007–2009. Det er noe usikkerhet knyttet til beregningene. Overføringen til kommunene i 2012 kan fordeles mellom kommunene etter to hovedprinsipper: frie inntekter eller øremerket tilskudd. Et flertall av høringsinstansene mener at midlene ikke bør fordeles som øremerkede midler basert på dagens omfang av utskrivingsklare pasienter. Flere peker på at det er urimelig at staten skal kompensere for forskjellen mellom kommuner, når omfanget i den enkelte kommune i stor grad avhenger av kommunenes egen innsats. I perioden januar til august 2010 var det 82 kommuner som ikke hadde noen liggedøgn for utskrivingsklare pasienter. Blant de minste kommunene er det mange som ikke har noen liggedøgn, mens for eksempel Oslo kommune har relativt mange. Etter en samlet vurdering legger regjeringen opp til å fordele midlene som frie inntekter. Dette vil legge til rette for prioriteringseffektivitet og vil oppleves som rettferdig i lys av kommunenes samlede velferdsoppgaver.

Flere høringsinstanser har pekt på at ordningen må baseres på klare kriterier for utskrivingsklare pasienter. Det må også etableres gode samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kommu-

nene, for å sikre at pasienten kan skrives ut til et forsvarlig tilbud i kommunen. Dersom det er behov for å regulere håndtering og betalingsplikt for reinnleggelse, vil departementet komme tilbake til dette i egen forskrift. Departementet vil også komme tilbake med en beskrivelse av håndtering av uenigheter og tvisteordninger.

Det legges opp til at betalingssatsen bare innføres for utskrivingsklare pasienter innen somatik fra 2012. Høringsinstansene viser til at det er særlige utfordringer knyttet til utskrivingsklare pasienter innen psykisk helsevern og rusområdet. Det er ikke etablert klare definisjoner på disse områdene, og pasientene vil ofte ha behov for tjenester over lang tid både fra spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Mange peker på at det er behov for å klargjøre oppgave- og ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene. Det er også knyttet usikkerhet til omfanget av utskrivingsklare pasienter på disse områdene.

Departementets vurdering er at en kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter, på sikt kan støtte opp under den ønskede omstillingen av psykisk helsevern (fra døgn til dag og fra sykehus til distriktpspsykiatrisk senter). Selv om behovet for oppfølging i kommunen er like stort for disse pasientene, legger regjeringen ikke opp til å innføre denne ordningen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2012.

Departementet har stilt krav til de regionale helseforetakene om å registrere utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern i Norsk pasientregister i 2011. Dette vil danne grunnlag for å beregne omfanget. Et mulig tidspunkt for å innføre en ordning for psykisk helsevern, vil blant annet avhenge av resultatene av registreringen.

Det er større utfordringer ved å definere utskrivingsklare pasienter innenfor rusbehandling. Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede modeller for betaling for utskrivingsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, herunder skal man se på omfang og fordelingsvirkninger for kommuner og regionale helseforetak. Dette må ses i sammenheng med arbeidet med å klargjøre oppgave- og ansvarsforhold mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Krav til øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene

I Prop. 91 L *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* er det foreslått plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud. Det vil i første omgang være aktuelt at plikten

omfatter somatiske pasienter. Etter hvert vurderes det i hvilken grad rusbehandling og psykisk helsevern skal omfattes av plikten. Det vil kunne ta noen år før kommunene har forutsetninger for å innfri denne plikten. Regjeringen legger derfor opp til lovfesting nå, men at bestemmelsen først trer i kraft når innfasingsperioden er gjennomført. Det tas sikte på ikrafttredelse fra 1.1. 2016.

Plikten til å tilby døgnopphold skal bare gjelde for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for. Det vil i hovedsak gjelde pasienter som har en kjent sykdom som ved forverring kan få behandling som er avtalt på forhånd, og hvor allmenntilstanden tilsier at et slikt kommunalt tilbud kan være like godt eller bedre enn innleggelse i sykehus. Erfaringer blant annet fra sykestuedrift, peker på at ulike former for lokale tilbud kan bidra til å sikre observasjon, diagnostisering og behandling på en god og kostnadseffektiv måte.

Innføring av øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene innebærer en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Plikten til å tilby døgnopphold fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra regionale helseforetak til kommunene i perioden 2010 til 2015. Det er lagt til grunn et måltall for 2012–2013 å om lag 120 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner (inkludert kapitalkostnader). Innføring av øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene, vil innebære en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Plikten til å tilby døgnopphold fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra regionale helseforetak til kommunene i perioden 2012 til 2015. Det er lagt til grunn et måltall for 2012–2013 på om lag 120 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner (inkludert kapitalkostnader). Innføring av øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene, vil innebære en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

I avtalene mellom kommunene og regionale helseforetak, skal det inngå et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene. På den måten oppfordres partene til å se øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng, og bli enige om løsninger som er hensiktsmessige både for kommunene, helseforetakene, og ikke minst for pasientene. Samtidig unngår man at det opparbeides en dobbeltkapasitet.

En del av investeringskostnaden knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten, håndteres innenfor ordningen med investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, basert på de kriteriene som lig-

ger i ordningen i dag. Dersom kommunene velger å lånefinansiere resten, er det tatt høyde for dekning av økte renter og avdrag, og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner.

Når flere pasienter får kommunale tilbud heller enn å legges inn på sykehus, frigjøres midler som kommunene ellers måtte bruke til kommunal medfinansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette kommer i tillegg det foreslåtte opplegget for fullfinansiering som skissert over.

I avtalene mellom kommunene og regionale helseforetak skal det være et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. Regjeringen kommer tilbake med nærmere beskrivelse av hvordan midlene skal overføres kommunene i kommuneproposisjonen 2012. Det vil bli stilt krav om at midlene blir brukt i tråd med forutsetningene.

Lokale tilbud i kommunene gjennom samarbeidsprosjekter

Samarbeidsprosjekter med delt finansiering mellom kommuner og regionale helseforetak, bygger på etablert praksis. Slike spleiselag er ofte et resultat av gjensidig avhengighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. De sikrer lokal forankring og legger til rette for konkret samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har i 2011 stilt krav om at de regionale helseforetakene sammen med kommuner, kartlegger muligheter for kostnadseffektive lokale samarbeidsprosjekter til erstatning for dagens behandling i sykehus. Lokale forhold vil avgjøre den enkelte kommunes behov og om det skal etableres samarbeidsprosjekter. Det er en fordel at etablerte avtaler kan videreføres og at samarbeidsmodellen vil bygge på fastsatte avtaler mellom aktørene.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at kommunene bør ha stor frihet til å organisere sine tjenester. Departementet vil derfor ikke definere organisatoriske og strukturelle rammer for samarbeidet.

Finansiering av investeringer

Det er rimelig å anta at det flere steder vil være mulig å utnytte eksisterende bygningsmasse ved at tilbudet samlokaliseres med andre institusjonelle tjenestetilbud, også i samarbeid mellom kommuner. Dersom kommunene har behov for investeringer til heldøgntilbud, kan kommunene søke tilskudd gjennom investeringstilskudd til

sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger, dersom planlagte bygg oppfyller vilkårene i investeringsordningen. I overføringene fra regionale helseforetak til utskrivingsklare pasienter og etablering av øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene, er det lagt til grunn en døgnkostnad som inkluderer kapitalkostnader. Kommunene kan også etablere tilbud i samarbeid med helseforetak. Slike spleiselag bygger på etablert praksis der kommune og helseforetak har etablert kostnads-effektive lokale tilbud til erstatning for behandling i sykehus. Ofte har kommunene stilt lokaler til disposisjon, mens spesialisthelsetjenesten har investert utstyr.

Behov for ytterligere styrking i kommunene

Det vil fortsatt være behov for ressursvekst både i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten i årene fremover. Veksten må i større grad legges til rette for oppbygging av tjenester i kommunene. Dette vil regjeringen komme tilbake til i årlige budsjettforelegg til Stortinget. Departementet tar sikte på å etablere et system for å beregne aktivitets- og kostnadsvekst i helsetjenestene samlet.

Gjennomføring av de økonomiske virkemidlene vil ha budsjettmessige konsekvenser for kommunene og spesialisthelsetjenesten. De økonomiske konsekvensene for kommunene vil bli omtalt i Kommuneproposisjonen 2012.

Regjeringen vil komme tilbake til bevilningene til kommunene og spesialisthelsetjenesten i budsjettforelegget til Stortinget for 2012 (se kapittel 10).

3.4.3 Faglige virkemidler

I planlegging, organisering og drift av helse- og omsorgstjenestene, er kunnskapsbaserte normer og standarder avgjørende for god kvalitet. Samhandling kan fremmes gjennom faglige normer og standarder.

Faglig normerende dokumenter nasjonalt, regionalt og lokalt, skal utformes i tråd med målene i samhandlingsreformen. Helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom nivåer og ulike deler av tjenestene, må ligge til grunn for veiledere, retningslinjer og prosedyrer, og for utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer. Slike dokumenter bør utarbeides i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Brukere og pasienter skal trekkes med i arbeidet. En rekke høringsinstanser påpeker at gode, faglige retningslinjer har stor betydning for kvalite-

ten i tjenestene, og minner om behovet for jevnlig revisjon og oppdatering.

Alle personellgrupper i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten har tilgang til Helsebiblioteket, som er en offentlig elektronisk kunnskapstjeneste. At alle har tilgang til det samme kunnskapsgrunnlaget, bidrar til å fremme god samhandling.

Det er behov for forskning og forskningsbasert kunnskap om pasientforløp, om effektive forebyggende tiltak og bruk av helsetjenester.

Utdanning og opplæring av helse- og omsorgspersonell, må tilpasses målene i samhandlingsreformen. Det vil bli nødvendig med nye kompetansekrav i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell må ha kompetanse i samfunnsmedisin, tidlig intervensjon, forebygging, forløps-tenkning, migrasjon og tverrfaglig samarbeid. Kunnskap om påvirkningsfaktorer, endring av helsetatferd og planarbeid er viktig for å bidra til folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner. Personell i andre sektorer bør ha kompetanse om hva som påvirker helsen, og helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det skal utvikles kvalitetsindikatorer til bruk i kontinuerlig kvalitetsarbeid. Erfaringer fra brukere og pårørende må tillegges betydelig vekt.

3.4.4 Organisatoriske virkemidler

Gjennomføring av samhandlingsreformen forutsetter god faglig dialog mellom helse- og omsorgstjenester på alle nivåer. Det gjelder dialog om enkeltpasienter og om administrative og organisatoriske spørsmål. Ledere på alle nivåer har ansvar for å motivere og legge til rette for samarbeid. Rasjonell oppgavefordeling må utvikles lokalt og nasjonalt. Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) skal sikre effektiv samhandling.

For at tjenestetilbudet skal bli mer helhetlig og pasientforløpene mer sammenhengende, må det legges til rette for gode samhandlingsarenaer mellom tjenester og forvaltningsnivåer. Eksisterende møteplasser må utnyttes, og nye skapes.

Lokalmedisinske sentre er et eksempel på en slik samhandlingsarena. Tjenester organisert i et lokalmedisinsk senter, muliggjør tverrfaglig tilnærming og tilrettelegging for tjenesteyting i en planlagt og uavbrutt kjede. Tjenestetilbudet kan blant annet omfatte habiliterings- og rehabiliteringstjenester, tjenester til barn og unge, til personer med kroniske lidelser, tjenester til personer med kognitiv svikt (nedsatt evne til å tenke, huske, oppfatte og lære) og psykisk helsetilbud.

Eierskap og driftsansvar reguleres i lokale avtaler. Lokalmedisinske sentre kan ha både dag- og døgntilbud (se kapittel 5).

Et annet eksempel er familiesentermodellen. Et familiesenter er en tverrfaglig primærtjeneste orientert mot familie og lokalsamfunn, og som samarbeider med spesialisthelsetjenesten. Senteret kan ha helsestasjons- og skolehelsetjeneste med svangerskapsomsorg, åpen barnehage, barneverntjeneste, kommunal psykolog og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Senteret kan samarbeide med psykisk helsevern for barn og unge og andre spesialisthelsetjenester.

Psykisk helsevern for barn og unge har enkelte steder flyttet personell ut i kommunene, slik at barn og unge kan oppsøke psykolog i skolehelsetjenesten eller ved familiesenteret. Dette er et lavterskeltilbud mellom kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern for barn og unge. Personell fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) samarbeider tett med familiesenteret og skolehelsetjenesten. Målet med et slikt lavterskeltilbud er å nå barn og unge som vanligvis ikke tør eller vil oppsøke hjelp når de opplever kriser. Det når også ut til barn og unge som er i risiko for å utvikle mer omfattende problemer, og kan bidra til at disse får riktig hjelp så raskt som mulig.

Også omstillingsprosesser i seg selv må organiseres. Kvalitetsforbedrings- og endringskompetanse er viktige verktøy. I gjennomføringen av samhandlingsreformen er det behov for å etablere partnerskap i arbeidet for å utvikle felles forståelse for et riktig tjenesteperspektiv og innhold i tjenestene. Brukerne må være en del av dette partnerskapet.

3.4.5 Gjennomføringsplan for samhandlingsreformen

Det skal etableres et fireårig prosjekt i Helse- og omsorgsdepartementet for planperioden 2011–2015. I hovedsak vil kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner ha ansvaret for å iverksette virkemidlene. Prosjektet skal sikre fremdrift og forankring av arbeidet lokalt og nasjonalt, samordning og styring av ulike instansers arbeid, og dialog mellom berørte parter. Det skal etableres en styringsgruppe som skal ledes av departementet, der sentrale instanser er representert. Sty-

ringsgruppen skal rapportere om fremdrift, resultater og utfordringer.

Erfaringer fra andre reformer tilsier at det er behov for å følge opp reformen tett, slik at gjennomføringen blir helhetlig og samordnet. Reformen må forankres lokalt. Tiltak må springe ut fra lokale behov.

Spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene må i større grad tilpasse seg kommunenes behov. Iverksetting må skje i samspill med de ansattes organisasjoner og ivareta bruker-, pasient- og pårørendeperspektivet. Ulike aktører har forskjellig organisering og styrings- og beslutningssystemer, og virkemidlene er av ulik art. Det må utvikles et partnerskap for gjennomføringen, og nødvendig endringskompetanse må tilføres.

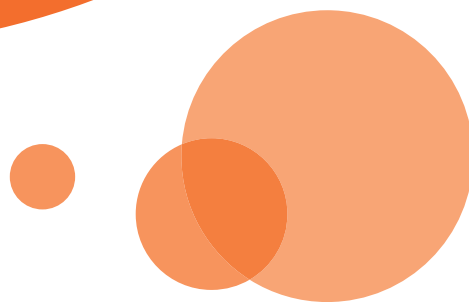
Helsedirektoratet har ansvar for iverksetting, drift- og utviklingsoppgaver på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Fylkesmannsembetene har ansvar for å iverksette statlige reformer i kommunene og for flere utviklingsoppgaver. Fylkeskommunene har ansvar for tannhelsefeltet og oppgaver på folkehelseområdet. De regionale helseforetakene har veiledningsansvar for kommunene, og det er innført samarbeidsrutiner med kommunene og med forsknings- og utdanningsmiljøer. Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for å støtte kommunene innen helseovervåking og smittevern. KS driver utviklingsarbeid og blir en sentral samarbeidspartner. Det skal også etableres samarbeid med NAV, blant annet for å sikre god sammenheng mellom arbeid og helse.

Styringsgruppen skal sørge for rapportering om fremdriften i reformarbeidet. De ordinære rapporteringssystemene legges til grunn. Det skal gjennomføres en følgeevaluering for å fange opp virkninger i helsesektoren og andre sektorer. Stortinget vil bli orientert om fremdriften gjennom de årlige kommune- og budsjettproposisjoner.

Hovedoppgaven i 2011 vil være å forberede de sentrale aktørene på endringer som skal tre i kraft fra 2012. Disse er inngåelse av samarbeidsavtaler, informasjon og opplæring i nye lover og forskrifter og nye økonomiske ordninger, samt andre virkemidler i reformen. Departementet skal utarbeide en gjennomføringsplan med milepæler for de ulike virkemidlene i reformen.

Kapittel

4



Figur 4.1

4 Folkehelse

Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Det er fortsatt et stort potensial i å fremme helse og forebygge sykdom og for tidlig død. Det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen. Hvordan vi utvikler samfunnet har stor betydning for helsen til hver og en av oss, og ikke minst for hvordan helsen er fordelt i befolkningen. God helse hos den enkelte øker mulighetene for livsutfoldelse. Rettferdig fordeling av velferdsgoder, er grunnleggende for god helse i befolkningen.

Regjeringen vil forsterke innsatsen for folkehelsen. Med folkehelse menes befolkningens helse-tilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. Folkehelsearbeid handler om å skape og fremme gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og forhindre skader, og å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner og beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeidet skal bidra til å fremme fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse.

Godt folkehelsearbeid krever systematisk og langsiktig innsats på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer, gjennom strukturelle og befolkningsrettede tiltak. Helse skapes der folk lever sine liv. Det betyr at vi må inkludere bomiljø, nærmiljø og lokalsamfunn når vi skal arbeide for god folkehelse. Helsesektoren har et særskilt ansvar for å fremskaffe kunnskap om befolkningens helsetilstand, og synliggjøre hvilke konsekvenser politikk og tiltak i ulike sektorer har på levekår og helse.

Befolkningens helse er bedre enn noen gang. De siste 20 årene har alle grupper her i landet – uavhengig av utdanningslengde og inntekt – fått bedre helse, og levealderen har økt. Men bedringene har ikke gått like raskt i alle grupper. Det er store sosiale helseforskjeller i Norge. Det er mange årsaker til dette; fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som frafall fra utdanning og svak tilknytning til arbeidslivet og dårlig bomiljø – til påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester.

Innsats for å redusere sosiale forskjeller i helse skal være grunnleggende for alle tiltak i folkehelsearbeidet. Det er nødvendig med strategier

som retter seg mot hele befolkningen, og som kombinerer universelle og målrettede tiltak. Universelle tiltak som alle nyter godt av, vil ha større aksept i befolkningen og bedre mulighet til å bli permanente. Tiltakene må suppleres med målrettede tiltak for personer eller grupper med særskilte behov. Universelle tiltak når frem til flere, og kan i mange tilfeller treffe de mest utsatte gruppene bedre enn mer målrettede tiltak kan.

Frivillige organisasjoner er sentrale aktører i folkehelsearbeidet, blant annet ved å tilby meningsfylt aktivitet, sosiale fellesskap og tilhørighet. Deltakelse i frivillig arbeid og organisasjonsliv, kan virke helsefremmende i seg selv.

Mål for perioden

Regjeringens overordnede mål for folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Regjeringen vil gjennom folkehelseloven utvikle folkehelsearbeidet på kommunalt, regionalt og statlig nivå, blant annet ved å legge til rette for systematisk og langsiktig folkehelsearbeid.

Statlige myndigheter skal vurdere helsemessige konsekvenser. Det skal tas hensyn til sosiale helseforskjeller i planer, politikk og lovutvikling, der det er relevant.

I løpet av 2012 skal regjeringen legge frem en nasjonal tverrsektoriell folkehelsestrategi. Hensikten er å styrke koordineringen mellom sektorer, og gi mulighet for å se ulike områder i sammenheng.

Regjeringen vil tilrettelegge for at det skal være lettere å leve sunt og bidra til utjevning av sosiale forskjeller i helseatferd.

Det skal utarbeides måltall for helseatferd og risikofaktorer som henger sammen med de nasjonale helseutfordringene.

Regjeringen vil at barnehager og skoler skal inkludere helsefremmende faktorer i sin virksomhet.

Regjeringen vil øke andelen elever som gjennomfører videregående opplæring.

Boks 4.1 Levevaner og folkehelse (tall fra 2009 og 2010)

Tobakk

- 19 prosent av befolkningen er dagligrøykere, mens 10 prosent røyker av og til. Hvert år dør cirka 6 700 av røyking. Hver enkelt har tapt 11 leveår i snitt
- 14 prosent av jentene og 10 prosent av guttene i alderen 16–24 år røyker daglig
- 7 prosent av de voksne bruker snus daglig og 4 prosent av og til, mest hos menn under 45 år
- 25 prosent av menn og 8 prosent av kvinner 16–24 år, bruker snus daglig
- 19 prosent røyker ved svangerskapets start, og 8 prosent røyker gjennom svangerskapet

Alkohol

- Alkoholforbruket er 6,7 liter ren alkohol per innbygger over 15 år (registrert forbruk)
- 5 prosent har alkoholmisbruk/alkoholavhengighet
- 39 prosent av gutter på 16 år, og 46 prosent av jentene, oppgir å ha drukket alkohol i løpet av de siste 30 dagene
- Menn drikker betydelig mer enn kvinner, men økningen er størst hos kvinner

Narkotika

- 3,5 prosent av befolkningen oppgir at de har brukt hasj, marihuana eller andre narkotiske stoffer siste året

Fysisk aktivitet

- Daglig fysisk aktivitet er redusert de siste 20 årene, mens aktivitet på fritiden har økt
- 91 prosent av gutter og 75 prosent av jenter på 9 år, er fysisk aktive 60 minutter daglig
- 50 prosent av 15-åringene er fysisk aktive 60 minutter daglig
- 1 av 5 voksne er fysisk aktive mer enn 30 minutter daglig

Ernæring

- Vi drikker i gjennomsnitt 60 liter sukret brus årlig, forbruket av godterier har økt fra 4 til 14 kilo på femti år
- Vi spiser rundt 300 gram frukt, bær og grønnsaker per dag, mot anbefalt 500 gram

Tannhelse

- 4 prosent av 5-åringene og 5 prosent av 12-åringene har flere enn fire hull
- 80 prosent av 5-åringene, 49 prosent av 12-åringene og 16 prosent for 18-åringene har ingen hull

Kilde: Nøkkeltallsrapporten for helsesektoren 2010, Folkehelse rapporten 2010 og SSB

Regjeringen vil bidra til et inkluderende arbeidsliv som skal få flere mennesker i arbeid og aktivitet og færre på stønad.

Regjeringen har som målsetting å forbedre vannkvaliteten i tråd med nye nasjonale mål.

Forekomsten av smittsomme sykdommer skal ikke øke.

Helseberedskapen skal bidra til å forebygge ulike typer kriser og sikre at befolkningen kan tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester ved kriser, katastrofer og krig.

4.1 Nasjonale folkehelse tiltak og virkemidler

Folkehelsearbeidet tar utgangspunkt i at samfunnet har ansvar for befolkningens helse ved å legge grunnlaget for gode levekår og levevaner. Nasjonale tiltak er i hovedsak befolkningsrettet og utøves gjennom å påvirke faktorer som har positive eller negative effekter på helsen.

Risikofaktorer som tobakksbruk, skadelig alkoholbruk, usunt kosthold og fysisk inaktivitet, medvirker til en rekke sykdommer, blant annet hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske luftveissykdommer og diabetes type 2. Forekomsten av disse sykdommene kan reduseres ved forebyg-

gende tiltak. Regjeringen er opptatt av at samfunnet skal legge til rette for sunne valg. Det skal skje ved å gjøre helsefremmende valg enklere, og ved å gjøre usunne valg mindre attraktive. Vi må i større grad ta i bruk strukturelle virkemidler som prisvirkemidler, lovregulering og infrastruktur, i det nasjonale folkehelsearbeidet. Det krever tiltak også utenfor helsesektoren. Eksempler kan være gang- og sykkelveier, natur- og friluftsområder og bo- og nærmiljøer som gir mulighet til lek og aktiviteter. Slike tiltak kan også bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. I denne sammenheng er det viktig å være oppmerksom på eventuelle helseforskjeller som skyldes ulik kultur og språkbakgrunn.

Flere tiltak som virker sammen, er nødvendig for å få god effekt. Informasjonskampanjer virker best i kombinasjon med strukturelle tiltak, og nasjonale kampanjer kan kombineres med lokal oppfølging. Et eksempel er nasjonale røykesluttkampanjer som følges opp med lokale tilbud om røykesluttkurs. Nasjonale trafikksikkerhetskampanjer sammen med sikring av skolevei eller lokale «gå til skolen»-aksjoner, er et annet eksempel.

Tiltak

En helhetlig folkehelsestrategi

Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven vil legge føringer for folkehelsearbeidet på statlig, regionalt og kommunalt nivå. Folkehelse skal løftes frem som tema på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

Regjeringen vil ha et systematisk og langsiktig arbeid på tvers av sektorer, og vil foreslå bedre forankring av folkehelsearbeidet også på statlig nivå. Dagens strategier og handlingsplaner og de som blir utarbeidet i perioden, skal knyttes sammen i en tverrdepartemental folkehelsestrategi. Denne strategien legges frem i løpet av 2012.

Regjeringen vil lovfeste en prinsippbestemmelse om at statlige myndigheter skal vurdere hva slags konsekvenser ulike forslag til tiltak vil ha for befolkningens helse, der det er relevant. Et viktig verktøy for sektorene vil kunne være å utvikle en veileder til utredningsinstruksen (statens instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget). Veilederen skal sikre at statlige etater kan utrede helsemessige konsekvenser av sine forslag på en god måte.

Regjeringen vil utarbeide en gjennomføringsplan for folkehelseloven. Planen skal omfatte øko-

nomiske virkemidler, utvikling av bedre kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet, utvikling av kompetanse på alle nivåer og i flere sektorer og standarder for godt folkehelsearbeid og helseøkonomi.

Regjeringen vil videreføre arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller og vil ta initiativ til å gjennomgå faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse, på tvers av sektorer. Dette er et ledd i oppfølgingen av St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.

Helsesektoren skal ha kunnskap om og oversikt over sykdomsbildet i befolkningen, risiko og påvirkningsfaktorer. Sektoren skal bidra til å koordinere forebyggende innsats, utvikle kunnskapsbaserte folkehelse tiltak og ivareta folkehelse i planprosesser mv.

Det skal arbeides med å fastsette indikatorer og måltall for helseatferd og påvirkningsfaktorer på helse på flere områder. Dette må også inkludere sosiale forskjeller i helse. Eksempelvis skal det utvikles en indikator for nattestøy og søvnforstyrrelser, for å oppnå et mer målrettet arbeid for å redusere støy. Det anslås at støy bidrar til søvnforstyrrelser hos fem prosent av befolkningen over 15 år. Grunnlaget for å fastsette måltall, er data over helsetilstanden i befolkningen, påvirkningsfaktorer og helseatferd. Statlige helsemyndigheter vil sikre at nøkkeldata blir tilgjengelig for relevante aktører.

Temabaserte planer og strategier

Det arbeides med en ny strategi for tobakksforebygging som skal ferdigstilles i løpet av 2011. I regjeringens nasjonale tobakksstrategi har det vært et mål å halvere andelen unge som røyker daglig, fra 24 prosent i 2005 frem til 2010, og at andelen dagligrøykere i befolkningen reduseres til under 20 prosent innen utgangen av 2010. Andelen ungdomsrøykere er nå på 12 prosent, og andelen dagligrøykere i befolkningen (16-74 år) er på 19 prosent. Dette viser at den langvarige satsingen på gode tiltak, har effekt.

Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personsikker (2009–2014) skal gjennomføres.

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) skal gjennomføres og evalueres, og videre arbeid vurderes. Vurdering av nye tiltak må skje i tråd med dagens kunnskap om effektive virkemidler i kostholdsarbeidet.

Den tverrdepartementale *Handlingsplan for økt fysisk aktivitet* (2005–2009) er gjennomført og

evaluert. Evalueringen anbefaler at arbeidet videreføres med bruk av sterkere virkemidler. Aktivitetsnivået i befolkningen er lavt, sosialt skjevfordelt og viser negativ utvikling. Det gjør det nødvendig med en ny og bredere nasjonal satsing på fysisk aktivitet – ut over helsesektorens innsats.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007–2010) er forlenget ut 2012. Regjeringen tar sikte på å legge frem en stortingsmelding om rusmiddelpolitikken i 2011.

Et ledd i *Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse (2007–2016)*, er å innføre indikatorer for barn og unges helse. Rapporten *Barn og unges miljø og helse* (SSB-rapport 3/2011) foreslår 35 indikatorer for fem målområder. Disse tas med i oppfølging av strategien. Rapporten er laget på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I St.meld. nr. 26 (2006–2007) *Regjeringens miljøpolitikk og rikets miljøtilstand*, er det satt resultatmål for lokal luftkvalitet. Meldingen skal følges opp med en handlingsplan for lokal luftkvalitet. Et tiltak vil være å vurdere endringer i forurensningsforskriften.

Strategi for å redusere radoneksponeringen i samfunnet skal gjennomføres i perioden 2009–2014.

Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer 2008–2012 vil bli fulgt opp. Det er viktig å sikre tidlig diagnostisering, behandling, oppfølging, opplæring og rehabilitering.

Å forebygge og styrke befolkningens psykiske helse krever innsats på tvers av sektorer og profesjoner, slik at man kan yte god hjelp og støtte til folk i hverdagen. Regjeringens målsetting er fortsatt å styrke innsatsen for psykisk helse.

Regjeringens strategi for forebygging *Felleskap – trygghet – utjevning* (2009) beskriver viktigheten av å legge større vekt på forebyggende virksomhet, ved aktivt å avverge, tilrettelegge og bistå før problemer oppstår.

Kulturdepartementet arbeider med en stortingsmelding om kultur og inkludering. Meldingen vil blant annet belyse betydningen som kultur og kulturdeltakelse har for inkludering, livskvalitet, helse og trivsel.

Regjeringen skal legge frem en stortingsmelding om idrett i 2011.

Tilrettelegging og tilgjengelighet

Samfunnet har ansvar for å sikre gode oppvekstvilkår og tilrettelegge for at det skal være enkelt å vedlikeholde og styrke helsen fysisk og psykisk, og å oppleve mestring. Det skal oppmuntres til å

skape gode og lett tilgjengelige møteplasser hvor barn, unge og eldre kan etablere sosiale nettverk og bruke egne ressurser til et aktivt liv. Tilbud om hjelp til å endre levevaner, og tilbud for å mestre psykiske vansker, bør være lett tilgjengelig. Kommunale frisklivssentraler er et slikt tilbud. Frivillige organisasjoner og private aktører er viktige samarbeidspartner for å få til slike arenaer (se kapittel 7).

Det skal være enkelt å velge sunt i hverdagen, det vil si i barnehage og skole, i fritiden, på arbeidsplassen og i nærmiljøet, enten det er snakk om kosthold eller muligheter for fysisk aktivitet. Regjeringen er opptatt av å tilrettelegge mulighetene for å ta helsemessig gunstige valg. Økt fysisk aktivitet i hverdagen forutsetter gang- og sykkelveier, trygge og gode utemiljøer og lett tilgang til natur-, leke- og rekreasjonsområder.

Regjeringen prioriterer bygging av gang- og sykkelanlegg høyt (St.meld. nr. 16 (2008–2009) *Nasjonal Transportplan 2010–2019*). Det er et mål at byer og tettsteder etablerer et sammenhengende hovednett for sykkeltrafikk. Det er lagt til grunn at det skal bygges om lag 500 km nye gang- og sykkelanlegg, hvorav vel halvparten i byer og tettsteder. Byggingen av gang- og sykkelveier må prioriteres langs trafikkarfarlige veier som også brukes som skoleveier. Det er et mål at 80 prosent av barn i alderen 6–15 år skal gå eller sykle til og fra skolen. I dag er andelen 60 prosent.

Planlegging av gang- og sykkelveinett og infrastruktur for kollektivtrafikken, må ses i sammenheng. Statens vegvesen skal utarbeide en nasjonal strategi for tilrettelegging for gående. Hensikten er å gjøre det mer attraktivt å gå. Mer gåing bidrar positivt til den enkeltes helse og livskvalitet, til mer aktivitet i lokalmiljøet og til å gjøre byer og tettsteder mer attraktive.

Det meste av tilretteleggingen for fysisk aktivitet må foregå lokalt i kommunene og fylkeskommunene. Blant annet må områder og anlegg for fysisk aktivitet (idrett, friluftsliv) tas inn i kommunene og fylkeskommunens planlegging. Grunneiere, skog- og landbruksorganisasjoner, samt natur- og friluftorganisasjoner er viktige aktører i slike prosesser.

Tilbud innen idrett og friluftsliv som inkluderer flere barn og unge, er viktig for å øke aktiviteten og for å motvirke sosiale forskjeller i aktivitetsvaner og helse. Organiserte tilbud som appellerer til og er tilrettelagt for minoritetsgrupper, bidrar til inkludering. Også kultur og deltakelse i kulturaktivitet kan spille en viktig rolle for inkludering og for å skape gode oppvekstkår for barn og unge.

Regjeringen vil videreføre dialogen med matvarebransjen og matprodusentene for å stimulere til produktutvikling og tilgang til sunne matvarer og måltider. Det kan være på arbeidsplassene, på fritidsarenaer og der det selges hurtigmat. Regjeringen vil oppfordre til at sunne matvarer blir synligere og lett tilgjengelig i dagligvarebutikkene. I kantiner og kiosker ved sykehus og andre offentlige instanser, bør det være tilgang på sunne alternativer. Det skal inviteres til et samarbeid med aktuelle aktører for å identifisere hva som kan bidra til sunnere mattilbud til pasienter, pårørende og ansatte.

Ordningen med nøkkelhullmerking av matvarer er felles for de nordiske landene. Ordningen omfatter bare ferdigpakkevarer. Unntaket er frukt og grønt og fersk fisk. Med bakgrunn i erfaringer fra Sverige og Danmark, skal det vurderes om merkeordningen kan utvides til serveringsmarkedet, også hurtigmatmarkedet.

Vannkvalitet og mattrygghet

I Norge har de fleste tilgang på vann av god kvalitet. Samtidig er det stort behov for å rehabilitere og skifte ut gamle ledningsnett for drikkevann og avløp. Bedre ledningsnett fører til færre lekkasjer og muligheter for innsug av forurenset grøftvann. Dermed blir det færre sykdomsutbrudd som skyldes forurenset drikkevann.

Departementet vil legge særlig vekt på tilsynet med drikkevannsanlegg, og på at Mattilsynet tar i bruk de virkemidlene de har til rådighet. Det er behov for å koordinere innsatsen på vann- og avløpsområdet og få god oversikt over sykdomsutbrudd. Vannverkene må ha god kompetanse. Det skal utarbeides nasjonale mål for arbeidet i tråd med UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) og Verdens helseorganisasjons protokoll for vann og helse. Norge leder dette arbeidet fra 2011 til 2013.

Maten skal være trygg. Forbrukerne skal sikres informasjon som gir grunnlag for bevisste valg og som ivaretar forbrukerhensyn i matmarkedet. Gjennom EØS-avtalen har Norge et omfattende harmonisert regelverk på matområdet. Regjeringen vil i 2011 legge frem en stortingsmelding om landbruks- og matpolitikken.

Lover og regelverk

Lovregulering av tilgjengelighet og bruk av tobakk og alkohol har hatt god effekt. Lovregulering skal vurderes også for andre levevaneområder.

I *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen* (2007–2011) omtales behovet for å redusere markedsføring av usunne matvarer, som er rettet mot barn og unge. Siden 2007 har matvarebransjen hatt frivillige retningslinjer for slik markedsføring. Verdens helseorganisasjon anbefaler at myndighetene tar en aktiv rolle, noe som også bør følges opp i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet vil utrede behovet for å innføre lov- og forskriftsresulering av markedsføring av mat- og drikkevarer rettet mot barn og unge.

Bevillingsordning, monopol, åpningstidsbestemmelser, aldersgrenser og reklameforbud er effektive virkemidler for å begrense alkoholkonsumet og dermed alkoholskader. Alkoholloven gir kommunene svært gode kontroll- og reaksjonsmuligheter, og det er viktig at kommunene tar disse i bruk. Det er satt i gang en rekke tiltak for å styrke kommunenes kompetanse. Det skal lages en veileder for kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger.

Det skal vurderes om advarselmerking på alkoholholdige drikkevarer kan være et aktuelt virkemiddel (Opptappingsplanen for rusfeltet).

Økt innsats for å forebygge ulykker med personskader forutsetter at vi har oversikt over skadebildet totalt og over den enkelte ulykkestype. Alle sykehus og utvalgte legevakter er pålagt å registrere skader i Norsk pasientregister. Dataene fra registeret skal kvalitetssikres og gjøres tilgjengelig på regionalt og lokalt nivå, og for ulike sektorer. Regjeringen vil sikre at dette følges opp. På grunnlag av dataene skal det utarbeides en rapport om skadebildet i Norge.

Økonomiske virkemidler

Pris og tilgjengelighet er effektive virkemidler for å fremme folkehelsen og redusere sosiale forskjeller i helseatferd. Ungdom er særlig sensitive for pris som virkemiddel. Prisivirkemidler brukes for å begrense bruk av tobakk og alkohol. Det er i dag særavgifter på sukker, sjokolade- og sukkervarer, og det er vedtatt en særavgift på søte drikkevarer for å begrense det store forbruket, særlig hos barn og unge.

Regjeringen vil arbeide videre med økonomiske virkemidler som kan fremme sunne valg og begrense usunne levevaner. Det er aktuelt å vurdere hvordan sunne matvarer kan gjøres billigere sammenliknet med andre varer. Blant annet skal det ses på hvordan man kan utforme en mer treffsikker avgift på sukkerholdige varer. Det vil bli

vurdert om gjeldende avgifter kan erstattes av en ny avgift.

I det videre arbeidet for økt fysisk aktivitet kan det vurderes mulige økonomiske insentiver som kan stimulere folk til å være mer fysisk aktive i hverdagen.

Informasjon og kommunikasjon

Regjeringen vil gjennomføre informasjonstiltak og kampanjer basert på dokumentert kunnskap. Befolkningsrettede kampanjer kan ha effekt i en sammensatt folkehelsestrategi, dels for å underbygge andre tiltak og dels for å sikre at befolkningen får tilgang til relevant informasjon. Massemediekampanjer på levevaneområdene vil ha best effekt sammen med lovreguleringer, prisvirkemidler og tiltak som fremmer eller begrenser tilgjengelighet.

Regjeringen vil tilstrebe at offentlig informasjon i større grad tilpasses forskjellige målgrupper og tilrettelegges med tanke på kjønn, alder, innvandrergupper, og grupper med risikoatferd som ikke aktivt søker informasjon.

Nye kostråd ble lansert av Helsedirektoratet i januar 2011. En ekspertgruppe har over flere år samlet kunnskap om hvordan maten kan påvirke utvikling av livsstilssykdommer. Kostrådene inkluderer også anbefalinger om fysisk aktivitet.

Også når det gjelder røykeslutt og alkoholvaner, er det behov for jevnlig informasjonstiltak. Programmet *Ansvarlig vertskap* skal rette oppmerksomhet mot skjenking og skjenkesteder i kommunene. Formålet er å forebygge og få bukt med overskjenking, skjenking til mindreårige og rusrelatert vold. Tiltakene gjennomføres i samarbeid med kommunene, serveringssteder, bransjen og politiet.

Som oppfølging av *Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskafer* (2009–2014), skal det utarbeides veiledningsmaterieil om skade- og ulykkesforebygging i kommunene. Flere sektorer skal delta i dette arbeidet.

Regjeringen vil vurdere å opprette flere rådgivningstelefoner og øke bruk av internett og sosiale medier for å formidle helsebudskap. Eksempler på tjenester er *Klara Klok*, *Rustelefonen*, *Dopingtelefonen*, *Røyketelefonen*, *Slutta*, *Phis*, *Ungsinn* og *Matportalen*. Det er også et stort potensial for å bruke nye medier til å informere befolkningen og skape debatt. Personvern skal ivaretas.

Kunnskap og kompetanse

Regjeringen vil at utdanningene for helse- og sosialpersonell skal bruke forskningsbasert kunnskap om helseeffekter av levevaner og påvirkningsfaktorer for helse, og hvordan disse kan endres.

Regjeringen vil bedre kompetansen i folkehelsearbeid og i plan- og prosessarbeid, for å sikre at folkehelse blir en integrert del av det ordinære plan- og styringssystemet. I dette arbeidet skal det blant annet bygges videre på erfaringer fra Helse i plan-prosjektet (boks 4.2).

Regjeringen vil at helsepersonell skal ha kompetanse om helsefremmende og forebyggende tiltak knyttet til rus og psykisk helse. På den måten kan de lettere avdekke og sikre at flere får tidlig hjelp. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, ble etablert i 2007. Utdanningen tilbys ved 14 høyskoler og universiteter. Det gis et særskilt lønnstilskudd til kommuner for at ansatte kan gjennomføre utdanningen.

Forskning på sosiale forskjeller i helse vil bli prioritert i neste periode i folkehelseprogrammet i Norges forskningsråd. Regjeringen vil styrke kunnskapen om sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. Et utredningsarbeid skal foreslå indikatorer til å undersøke sosiale forskjeller i helsetjenestebruk og tilgang til tjenester. Det skal vurderes om det skal brukes data fra personidentifiserbare registre.

4.2 Lokalt folkehelsearbeid

Lokalt folkehelsearbeid omhandler det arbeidet som skjer på regionalt og lokalt nivå. Kommunen er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid. Kommunesektoren har mange virkemidler som er avgjørende for å oppnå god og rettferdig fordeling av helse, livsbetingelser og levekår i befolkningen.

Det lokale folkehelsearbeidet er i for liten grad en del av plan- og styringssystemene i kommunen. Det er nødvendig med god oversikt over helseutfordringer og påvirkningsfaktorer for å løfte folkehelse inn i plan- og beslutningsprosessene. Gode data er viktig for å drive systematisk og treffsikkert planarbeid, som grunnlag for å sette i gang folkehelseiltak. Mange kommuner har fortsatt for liten kapasitet og kompetanse på området.

Boks 4.2 Helse i plan 2006–2010

Målet med satsingen *Helse i plan 2006–2010* var å styrke folkehelsen ved å bruke plan- og bygningsloven som verktøy. 31 kommuner deltok.

Folkehelse er integrert i kommuneplanenes samfunns- og arealdel og synliggjort i de fleste økonomiplanene. Mange kommuner har egne temaplaner eller delplaner for folkehelse, eller de har folkehelsearbeidet i planer for andre sektorer.

Østfold, Vestfold og Møre og Romsdal har laget sjekkliste for Helse i plan-arbeidet. Listen omhandler boligforhold, økonomisk trygghet, skole- og arbeidsmuligheter, hjelp etter behov, sosial tilhørighet, ytre miljø og sikkerhet og levevaner.

Det er viktig at politisk og administrativ ledelse i kommunen har felles forståelse for at folkehelse må forankres i den kommunale planleggingen. De må sørge for bred medvirkning i

planarbeidet. Det gjelder innbyggerne, frivillige og private aktører og kommunens ansatte.

Fokus på helse i plan i Møre og Romsdal har gitt resultater:

- Ny transportstrategi for gående og syklende 2010–2020 er vedtatt og lagt til grunn for innspill til ny Nasjonal transportplan
- Helseaspekter er tatt inn i programmet om utvikling av byer og tettsteder i fylket
- Helse i plan vektlegges i arbeidet med *Omsorgsplan 2015*

Helse i plan 2006–2010 er evaluert. Kommunene anerkjenner at viktige forhold ved befolkningens helse må ivaretas gjennom planarbeid. På kort sikt har folkehelse fått dårligst gjennomslag i økonomiplanene, men gjennomslaget er økende.

Tiltak

Statlig støtte til å sette i verk folkehelseloven

Forslaget til folkehelselov legger opp til bedre politisk forankring av kommunens folkehelseansvar ved at ansvaret legges til kommunen som sådan. Loven setter krav til at kommunene skal identifisere sine folkehelseutfordringer, fastsette mål og strategier og iverksette nødvendige tiltak.

Tiltak kan for eksempel knyttes til oppvekst- og levkårsforhold som bolig utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk, og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig del av folkehelsearbeidet.

Regjeringen vil følge opp loven med en egen plan for gjennomføring. Planen vil omfatte utvikling av et bedre kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet og kompetanseoppbygging på alle nivåer og i flere sektorer. Planen skal også inneholde standarder og metoder til hjelp i arbeidet. Det skal lages veiledere for hvordan kommunen kan ivareta folkehelse i plan- og beslutningsprosesser. Staten vil ta initiativ til samarbeid med kommunesektoren og KS for å videreutvikle kompetansehevende tiltak for politikere og forvaltning i fylkeskommuner og i kommuner.

Helsedirektoratet skal lage en veileder i helseøkonomi for kommunene. Den skal brukes til å vise sammenhengen mellom kostnader og gvin-

ster ved å satse på helsefremmende og forebyggende innsats.

Kommuner og fylkeskommuner skal få tilgang til data fra sentrale registre, som grunnlag for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det kan gjelde dødelighet, sykdommer som kan forebygges, forekomst av ulykker, utvikling i biologiske risikofaktorer, livsstilsfaktorer, psykisk helse og bakenforliggende faktorer for helse, som utdanning, arbeid og inntekt.

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil ha en sentral rolle i å gjøre data tilgjengelig og bistå fylkeskommuner i tolkningen. Fylkeskommunene vil ha en tilsvarende rolle overfor kommunene, og vil være bindeledd mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt og kommunene når det gjelder systemer for helseoversikter.

Folkehelse skal løftes frem som et lokal- og regionalpolitisk tema. Det krever god oversikt over utfordringsbildet. Drøfting av folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for lokale og regionale planstrategier i kommuner og fylker. Som oppfølging av St.meld. nr. 25 (2008–2009) *Lokal vekstkraft og framtidstru – Om distrikts- og regionalpolitikken*, forventes det at kommunene og fylkeskommunene tar tak i utfordringer på ulike samfunnsområder. Det skal legges til rette for å styrke kommunene og fylkeskommunenes rolle som samfunnsutviklere gjennom økonomiske ressurser, veiledning, metoder og verktøy.

Boks 4.3 Fiskesprell

Fiskesprell er et samarbeid mellom helse- og fiskerimyndigheter, fiskesalgslagene og Eksportutvalget for fisk. Kostholdskampanjen *Fiskesprell* er organisert gjennom folkehelsearbeidet i det enkelte fylket som et tilbud til barnehager og skoler.

Målet med *Fiskesprell* er å inspirere og stimulere barn og unge til å spise mer fisk, lære om råvarer og fangst og tilberede sjømaten så barn og unge liker den.

Det tilbys kurs og materiell til barnehagepersonell og lærere i mat- og helsefaget, førskolelæ-

rerstudenter og lærerstudenter. Kursene tar opp barns helse og kosthold, og hvorfor det er viktig å spise mer fisk og annen sjømat. Det legges vekt på hvordan maten kan tilberedes for at barn og unge skal like den. Materiellet er laget på flere språk.

Barnehager som har vært med på *Fiskesprell*-kurs, legger mye større vekt på helse og kosthold. Blant annet spiser barna mye mer fisk og sjømat. I 2010 deltok 2000 barnehageansatte på kurs, og nye kurs holdes hvert år over hele landet.

Fylkeskommunen har viktige oppgaver i folkehelsearbeidet, blant annet å stimulere til samhandling mellom regionale statsetater, utdannings- og forskningsmiljøer, næringslivet og frivillige organisasjoner. Det skal bygges videre på erfaringer fra partnerskap for folkehelse og tverrsektorielle tilnærminger, både i planarbeid og i gjennomføring av handlingsprogram og tiltak.

Regjeringen viser i Soria Moria II-erklæringen til den betydning som frivillig sektor har for folkehelsen. Regjeringen vil gjøre det enklere for offentlig og frivillig sektor å samhandle og vil dreie støtten over fra prosjektmidler til frie midler. Regjeringen vil utvide ordningen med frivillighetsentraler og sikre gode støtteordninger til frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner.

Kompetanse- og kapasitetsbygging

Regjeringen vil bidra til å bygge opp nødvendig kompetanse og kapasitet i kommunene slik at de blir bedre i stand til å møte folkehelseutfordringene. I statsbudsjettet for 2011 er midler til kommunenes planleggingskompetanse styrket. Helsedirektoratet skal være pådriver i å tilby kommunene og fylkeskommunene kompetansehevende tiltak. Direktoratet skal også vurdere behovet for kompetanse i folkehelsearbeid og utvikle kurs og utdanningstilbud sammen med universiteter og høyskoler. Tiltakene vil dels være på nasjonalt nivå og dels på regionalt nivå i et samarbeid mellom fylkesmennene og fylkeskommunene. Tiltak på regionalt nivå er særlig viktig for kompetansebygging tilpasset lokale behov og regionale muligheter. Fylkesmannen vil også bistå med helsefaglige råd og veiledning.

Det må utvikles gode kompetansemiljøer på regionalt nivå som kan formidle ny kunnskap, gjennomføre kurs, og bidra til erfaringsutveksling, råd og veiledning overfor kommunene. Forskningsbaserte evalueringer er viktig for å sikre erfaringsoverføring mellom kommunene.

Kommunene kan be de regionale kompetansesentrene på rusfeltet om å bistå i det lokale rusforebyggende arbeidet. Kommunene bør også samarbeide med utdannings- og forskningsinstitusjoner i regionen. Spesialisthelsetjenesten skal bidra med faglig veiledning om forebyggende og helsefremmende arbeid, for eksempel er det behov for bedre kompetanse i ernæring i kommunene.

Regjeringen vil bidra til å utvikle kompetanse innen miljørettet helsevern og samfunnsmedisin i kommunene. Det er viktig med god kunnskap om helsekonsekvensutredninger, planprosesser og forvaltning for å løse oppgaver knyttet til miljørettet helsevern og folkehelsearbeid. Helseledningsdirektoratet skal få tydeligere ansvar for å bidra til mer effektivt kommunalt tilsyn med miljørettet helsevern, blant annet kompetanse i tilsynsmetodikk.

4.3 Barnehager og skoler

Mye av grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom livsløpet, legges i barne- og ungdomsårne. Det er i barnas og samfunnets interesse å arbeide for at skoler og barnehager bidrar til at barn og unge får en sunn fysisk og psykisk utvikling. Et godt læringsmiljø bidrar til gode skolefaglige prestasjoner og sosial kompetanse, som igjen påvirker den enkelte elevs helse. Samtidig bidrar motiverte elever til et godt læringsmiljø.

Folkehelseinstituttet fremhever ti kunnskapsbaserte tiltak i rapporten *Bedre føre var Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger 2011*. Helsefremmende skoler og høykvalitetsbarnehager er blant disse.

Levevaner som etableres tidlig i livet, er med å prege helsen resten av livet. Barnehage og skole når de aller fleste barn på tvers av sosiale skillelinjer, og er derfor sentrale arenaer i arbeidet med å utvikle holdninger og utjevne sosiale forskjeller i levevaner og helse. Tiltak for å sikre full barnehagedekning og redusere sosiale forskjeller i bruk av barnehage, er viktig for å utjevne helseforskjeller. Ansatte og ledere i barnehager og skoler er i en unik posisjon til å oppdage sårbare barn og unge tidlig.

Samfunnet har ansvar for å legge til rette for helsefremmende atferd i barnehager og skoler. Barnehagen skal, ifølge barnehageloven, ha en helsefremmende og en forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Rammeplassen legger føringer for barnehagens virksomhet på helseområdet. Det er viktig å sikre barna trygge og gode rammer som grunnlag for god helse og livskvalitet.

Etter opplæringsloven har alle elever i grunnskoler og videregående skoler rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. I læreplanverket er det sentralt at elevene skal utvikle en helsefremmende livsstil og lære å ta vare på egen psykisk og fysisk helse.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. skal bidra til at miljøet fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og forebygger sykdom og skade.

Tiltak

Barnehager

Som oppfølging av St.meld. nr. 41 (2008–2009) *Kvalitet i barnehagen* vil regjeringen tydeliggjøre kvalitetskrav til barnehagen. Et godt barnehagetilbud tar hensyn til det enkelte barns bakgrunn og forutsetninger, og er nødvendig for å utjevne sosiale forskjeller. Å legge til rette for et godt og inkluderende omsorgs- og læringsmiljø i barnehagen, innebærer å styrke barn og unges sosiale kompetanse og fremme positive holdninger som motvirker avvisning, mobbing og vold. Kvalitetskrav til barnehagene må ses i sammenheng med forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det er behov for en ny veileder til denne forskriften.

I 2011 kartlegger Helsedirektoratet mat og måltidstilbud i barnehagen, fysisk aktivitet, og

oppfølging av forskrift om miljørettet helsevern. Kartleggingen vil danne grunnlag for å vurdere kompetansebehov og andre mulige tiltak som vil bidra til et helsefremmende miljø i barnehagen.

Det er viktig at helsestasjoner og barnehager samarbeider om forebygging, omsorgs- og læringsmiljø og oppfølging av enkeltbarn som trenger hjelp og støtte. Samarbeid med frivillige organisasjoner og andre aktører er viktig for å sikre gode oppvekst- og læringsmiljø.

Skoler

Soria Moria II-erklæringen slår fast at regjeringen vil arbeide for at alle skal oppleve læring, mestring og utfordringer i skolen, og at elevenes sosiale og kulturelle kompetanse skal styrkes. Det fastslås videre at elevene trenger tid til å arbeide med fagene, til å bevege seg og ha sunne måltider.

Det internasjonale prosjektet *Helsefremmende skoler* ble avsluttet i 2002. Prosjektet bidro til grunnlaget for kapittel 9a i opplæringsloven og satsingen på et bedre læringsmiljø. Noen skoler og skoleeiere har en egen satsing på helsefremmende skoler (boks 4.4).

Helsefremmende tiltak i skolen kan ses på som en konkretisering av kapittel 9a i opplæringsloven, og støtter opp om tiltak i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet skal sørge for oppfølging av innsatsen og at helsefremmende tiltak i skolen er samordnet.

Satsingen *Bedre læringsmiljø* i regi av Utdanningsdirektoratet, omfatter blant annet veiledning i regelverket, rådgivningstjenesten for skoleansatte og midler til lokale utviklingsprosjekter. Det er utviklet materiell som skolene kan bruke i systematisk arbeid med læringsmiljøet. Alle skoleledere skal sørge for at deres skole arbeider systematisk og kunnskapsbasert for å fremme elevenes helse, trivsel og læring. Satsingen inkluderer forebygging av mobbing.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet er i gang med en veileder om rusforebygging og helsefremmende arbeid i skolen. Det anbefales at alle skoler har en plan over det helsefremmende og rusforebyggende arbeidet. Helsedirektoratet vil utarbeide en gjennomføringsplan for veilederen.

En kartlegging i 2009 viste at bare 68 prosent av skolene var godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Den enkelte kommune skal sørge for at forskriften følges. Det bør utarbeides en ny veileder til forskriften.

Boks 4.4 Helsefremmende skoler

Utdanning er helt sentralt for utjevning av sosiale forskjeller i helse. Elevene har rett til et inkluderende læringsmiljø.

Flere fylker arbeider med helsefremmende skoler og barnehager. Skolen eller skoleeier setter i gang en prosess der de peker på utfordringer rundt helse og trivsel. De lager en plan og gjennomfører tiltak.

Skolemiljøutvalget, elever, ansatte, foreldre, nærmiljø og skolehelsetjenesten deltar i prosessen. Målet er å få et godt miljø som fremmer læring og trivsel.

Oppland fylkeskommune har vedtatt krav til helsefremmende videregående skoler og innført sertifisering. Kravene er at skolen:

- må ha en «helsegruppe» som har ansvar for temaet helsefremmende skole
- utarbeider et årshjul/handlingsplan for helsefremmende tiltak
- har en sunn kantine med som ikke profilerer sukkerholdige varer, som har tilgang på friskt vann og godt tilbud av frukt og grønt

- har en plan for tilrettelegging av fysisk aktivitet utover ordinære kroppsovingstimer
- legger vekt på psykisk helse og godt arbeidsmiljø for elever og ansatte, og gjennomfører opplegg innen psykisk helse som en del av handlingsplanen
- er tobakksfri
- legger vekt på rusforebyggende arbeid og gjennomfører opplegg som del av handlingsplanen
- tilbyr rådgivning for å forebygge uønsket svangerskap/abort og overføring av seksuelt overførbare sykdommer
- er bevisst utjevning av sosiale helseforskjeller i planlegging og gjennomføring av helsefremmende tiltak
- markedsfører seg som en helsefremmende skole på skolens hjemmeside og i media, og deler erfaringer med andre.

Barn og unge spiser om lag halvparten av anbefalt mengde frukt og grønt. Gratis frukt- og grønt til elever ved ungdomsskoler og skoler med 1.-10. trinn, er forankret i opplæringsloven. Elever som ikke omfattes av gratisordningen, kan delta i en subsidiert ordning for frukt og grønt. Det er vist at abonnementsordningen kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller i kostvaner. Tiltak som kan bidra til økt inntak av frukt og grønt i skolehverdagen for alle, vil bli vurdert.

En OECD-rapport fra 2009 plasserer Norge blant den tredelen av landene som har lavest fysisk aktivitetsnivå blant 11–15 åringene. Fra skoleåret 2009–2010 ble det innført to uketimer fysisk aktivitet på 5.-7. trinn, i tillegg til kroppsoving. Timetalløkningen til fysisk aktivitet er forankret i opplæringsloven, og innebærer lovfestet rett til fysisk aktivitet for elevene. Ulike tiltak for å legge til rette for økt daglig fysisk aktivitet i skolen, vil bli vurdert. Det er utviklet en idé- og ressursbank om fysisk aktivitet, og det legges til rette for kompetanseheving blant lærere.

Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade ble lansert av regjeringen i 2009. Tall fra NAV samme år viser at det ble registrert nesten 35 000 skader på elever. Det foreligger imidlertid ingen samlet oversikt over ulykker i skoler og barnehager, og bedre statistikk er et

mål. Et tverrsektorielt arbeid er i gang med å utarbeide en rapport om skadebildet i Norge. Rapporten vil danne grunnlag for å fastsette mål for reduksjon av skader og ulykker i skoler og barnehager. Det skal utvikles en lokal veileder for skadeforebygging.

Øke gjennomføring i videregående opplæring

Om lag hver fjerde elev som begynner i videregående opplæring, gjennomfører ikke i løpet av fem år. Gjennomføringsgraden er dårligst i yrkesfag og det er geografiske variasjoner. For å få flere til å fullføre videregående opplæring, skal det legges vekt på tidlig innsats overfor elevene, bedre kvalitet i opplæringen, videreutdanning av lærere, strategi for flere læreplaner i staten, og tettere oppfølging av den enkelte elev og lærling. Satsingen *Ny GIV* for å få flere til å fullføre, pågår frem til 2013. Kunnskapsdepartementet arbeider med en stortingsmelding som kommer i 2011, om hvordan opplæringen på ungdomstrinnet kan styrkes for å ruste flere til å gjennomføre videregående opplæring.

Skolehelsetjenesten kan identifisere og følge opp barn og unge som står i fare for å falle ut av skolen. Det kan være hensiktsmessig at skole og skolehelsetjenesten utvikler rutiner for oppfølging

av barn og unge som har høyt fravær. Erfaringer fra prosjektet helsefremmende skoler, viste at elevene var mer motivert enn elever i skoler der trivselsarbeid ikke var systematisert.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skal ha rutiner for samarbeid med andre kommunale tjenester (forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid). Skolehelsetjenesten skal også bistå skolen i undervisning i grupper og på foreldremøter. Den enkelte skole bestemmer selv hvordan de vil bruke skolehelsetjenesten i det forebyggende arbeidet. Det skal arbeides for at samarbeidet mellom skolen og skolehelsetjenesten blir sterkere forankret, slik det fremkommer i St.meld. nr.16 (2006–2007)...og *ingen sto igjen*, og i St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.

Kompetanse

Det vil være viktig å sikre kompetanse i barnehagene om påvirkningsfaktorer for helse, helsefremmende arbeid og metoder og tiltak for å motivere barna til sunne levevaner.

Det er etablert regionale tverrfaglige opplæringsteam i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Teamene er et ledd i satsingen på barn av foreldre med psykiske vansker og foreldre som misbruker rusmidler. Sentralt er et opplæringsprogram med verktøy for tidlig intervensjon, laget for dem som arbeider med gravide og småbarnsforeldre. Det er først og fremst leger, helsesøstre og jordmødre som får opplæring i kartleggingsverktøy og samtalemetodikk. Ledere og ansatte i barnehage og skole bør få tilbud om kompetanseheving, så de blir bedre til å oppdage og handle når de er bekymret for et barn eller en ungdom.

Veilederen *Fra bekymring til handling* handler om tidlig intervensjon på rusområdet. Den gir anbefalinger om hvordan ansatte i barnehager og skoler kan gå frem når de mener det er grunn til bekymring. Helsedirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet og Utdanningsdirektoratet har samarbeidet om veilederen.

Mat- og helsefaget i grunnskolen skal bidra til økt praktisk og teoretisk kunnskap om mat og helse. Dette er viktig i arbeidet for bedre kostvaner og bedre helse.

Regjeringen vil at lærere som underviser i mat og helse og kroppsøving skal ha god kompetanse. Faget er prioritert i strategien *Kompetanse for kvalitet – strategi for videreutdanning av lærere (2008–2012)*. Skoleeiere kan søke fylkesmannen om midler til videreutdanning av lærere.

Seks av ti lærere som underviser i kroppsøving i grunnskolen, har fordypning i faget. Minst fordypning har de som underviser på småskoletrinnet. Det lovpålagte tilbudet om fysisk aktivitet på 5.-7. trinn, utenom undervisningen i kroppsøving, gir elevene rett til fysisk aktivitet. Det er ikke kompetansekrav til de som skal lede disse aktivitetene.

Utdanningsmyndighetene har sendt lovforslag om nye kompetansekrav for lærere på høring. Kompetansekravene ble varslet i St.meld. nr.11 (2008–2009) *Læreren: Rollen og utdanningen*.

4.4 Arbeid og helse

Arbeid for alle er et hovedmål for regjeringen. Deltakelse i arbeidslivet er viktig for helsen. Det bidrar til mestring og sosialt fellesskap, sikrer inntekt og reduserer fattigdom. Fullført videregående opplæring har betydning for senere deltakelse i arbeidslivet. Det er sammenheng mellom arbeidsdeltakelse, helsetilstand og velferdsutviklingen i samfunnet. De som er i arbeid, har gjennomgående bedre helse enn de som ikke er i arbeid. Sosiale faktorer og miljøfaktorer ved den enkelte arbeidsplass, kan påvirke helsen.

Mange står utenfor arbeidslivet. Høsten 2010 var om lag 685 000 personer i yrkesaktiv alder, midlertidig eller varig utenfor arbeidslivet og mottok helserelaterte ytelser eller dagpenger. Dette er rundt en femdel av befolkningen i arbeidsdyktig alder. Personer med lav sosioøkonomisk status, går ut av arbeidslivet på grunn av helseproblemer i større grad enn personer med høyere sosioøkonomisk status. Forskjeller i avgang fra arbeidslivet kan i noen grad henge sammen med sosiale forskjeller i arbeidsbelastning. Muskel- og skjelettlidelser, sykdom i luftveiene og psykiske lidelser er de viktigste diagnosegruppene. Det kan være vanskelig å stille diagnose når personen har et sammensatt symptom-bilde. Langtidssyk-meldte, personer på arbeidsavklaringspenger og uførepensjon, har ofte et sammensatt sykdomsbilde. Psykiske helseproblemer som angst og depresjon og problemer knyttet til rusmiddelbruk, står for flest tapte arbeidsår. Rusmiddelproblemer er trolig en betydelig underrapportert årsak til sykefravær og tidlig pensjonering. Hver tredje person som får uførepensjon, har en psykiatrisk diagnose. Antall mottakere av uførepensjon som har lettere psykiske lidelser øker, særlig i aldersgruppen 20–39 år.

Tiltak

Regjeringen vil våren 2011 legge frem en stortingsmelding om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet. Meldingen vil presentere tilstanden i norsk arbeidsliv, og peke på utviklingstrekk og tiltak og virkemidler fremover.

Samarbeid for et inkluderende arbeidsliv

Avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv er videreutviklet og videreføres ut 2013. Den skal bidra til å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. Det legges vekt på å redusere sykefraværet, øke avgangsalderen og sikre rekruttering av personer med nedsatt funksjonsevne og andre utsatte grupper.

Regjeringen og partene i arbeidslivet er enige om en rekke tiltak som skal bidra til å redusere sykefraværet. Dette omfatter blant annet tiltak for bedre tilrettelegging fra arbeidsgiveres side og medvirkning fra arbeidstakere, tiltak for faglig støtte, veiledning og opplæring for sykmelder og tidligere innsats for sykmeldte. Noen sykmeldte kan ikke arbeide under sykdom. For andre kan deltakelse i arbeidslivet være helsefremmende. Passivitet kan forlenge sykdom. Partene er enige om at flere skal få gradert sykmelding. Sykefraværet skal reduseres gjennom bedre forebygging, tilrettelegging, aktivitet og oppfølging, ikke ved å tvinge syke til å arbeide. Målet med tiltakene er å øke bruk av gradert sykmelding fremfor full sykmelding.

Forslag til endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven, skal legges frem for Stortinget våren 2011, med sikte på ikrafttreden 1. juli 2011. Endringene skal sikre en bedre og mer effektiv sykefraværsoppfølging, tettere oppfølging av den sykmeldte og sanksjoner overfor alle aktører som ikke følger opp.

Arbeidsmiljøloven § 3–4 pålegger arbeidsgiver å vurdere fysisk aktivitet for ansatte i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Ved mange arbeidsplasser oppfordres de ansatte om å sykle eller gå til jobben, blant annet ved å tilrettelegge for sykkelparkering, garderobe og dusj, treningsmuligheter og konkurranser. Mange arbeidsplasser har sunne mattilbud i kantinen – mange med subsidierte tilbud. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet materiell, veiledning og e-læringskurs for å stimulere til sunne kantine, i samarbeid med Opplysningskontoret for frukt og grønt.

Arbeidstakere i transportnæringen, bygg- og anleggsbransjen og andre mobile arbeidsplasser kjøper ofte mat på veikroer, kiosker og bensinstasjoner. Det skal arbeides for sunnere mat og drikke tilbud på slike steder.

Myndighetene og berørte fagmiljøer samarbeider om veiledere for sykmeldere. Veilederne skal sikre enhetlig praksis, faglig støtte og veiledning i sykmeldingsarbeidet. Det skal innføres et system for regelmessig tilbakemelding der sykmelder får data om sin sykmeldingspraksis sammenliknet med andres. Det skal stilles krav om obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid for alle som skal sykmelde.

Det er viktig at den sykmeldte får helsemessig avklaring så tidlig som mulig, slik at det kan settes inn tiltak. Slike tiltak kan være å komme i gang med rehabilitering med arbeid som mål, tiltak i regi av NAV eller i samarbeid med helsetjenesten (Raskere tilbake), og dialog med arbeidsgiver om oppfølging. Det er viktig at helsepersonell deltar i dialogmøter med arbeidstaker og arbeidsgiver (se kapittel 5).

Syssettingsstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne

Personer med nedsatt funksjonsevne utgjør en betydelig arbeidskraftressurs. Det skal utarbeides en syssettingsstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne. Arbeidsdepartementet leder arbeidet. Skal Norge bevare sin konkurransekraft i årene som kommer, må vi ta i bruk utnyttet arbeidskraft.

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012)

Strategiplanen viderefører og styrker den arbeidsrettede innsatsen i Opptappingsplanen for psykisk helse. Målet er å hindre utstøting fra arbeidslivet og lette inkludering i arbeidslivet for personer med psykiske lidelser. Helse- og omsorgsdepartementet forutsettes i samarbeid med NAV, å drive systematisk utviklingsarbeid og utprøving av metoder for å få flere med psykiske lidelser i arbeid og aktivitet. Det gjelder også personer som har rusmiddelproblemer eller andre utfordringer i tillegg.

Å forebygge og styrke befolkningens psykiske helse krever innsats på tvers av sektorer og profesjoner, slik at man kan yte hjelp og støtte der folk er; hjemme, i skolen, på arbeidsplassen og i fritiden.

Forebygging av rusmiddelbruk i arbeidslivet

Rusmiddelmissbruk har først og fremst store konsekvenser for den enkelte, men medfører også økonomiske kostnader for arbeidsgiverne. Vi har begrenset kunnskap om hvor mye rusmiddelbruken koster arbeidslivet totalt. Anslagene vi kjenner til gjelder kostnader som følge av alkoholbruk. Det er anslått at de samlede kostnadene for arbeidslivet som følge av alkoholbruk, er mellom 11,5 og 12,5 mrd. kroner årlig.

Rusproblemer hos arbeidstakere får ofte utvikle seg over flere år, uten at noen griper inn (Arbeidsforskningsinstituttet). Det finnes eksempler på at kolleger og ledere dekker over og kamuflerer ansattes drikkemønstre.

Det er ønskelig at de som driver rusforebygging i arbeidslivet, i større grad bruker metoder som avdekker problemer på et tidlig tidspunkt. Såkalte mini-intervensjoner er en metode hvor helsepersonell tar opp problematisk alkoholbruk og følger opp med samtaler. Eventuelt lages det et videre program i samarbeid med pasienten eller den ansatte. Metoden er anbefalt av Verdens helseorganisasjon og resultatene er gode. Helsedirektoratet vil i 2011 legge vekt på tidlig intervensjon blant voksne i arbeidslivet, blant annet ved å spre kompetanse om slike metoder.

Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN) har som mål å forebygge rus- og avhengighetsproblemer i arbeidslivet. Senteret gir råd, veiledning og opplæring i hvordan virksomheter kan arbeide med rusmiddelbruk.

Rusforebygging i arbeidslivet og økt kunnskap om rusrelaterte problemer vil være tema i stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde forslag til forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell på høring i 2010. Hensikten er å bidra til at helsepersonell ikke ruser seg verken i arbeidstiden eller før de skal på arbeid. Det er foreslått forbud mot å innta rusmidler åtte timer før tjenestetiden begynner.

4.5 Beredskap og smittevern

Å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, er sentrale mål for helseberedskapen. Alvorlige hendelser nasjonalt og internasjonalt de siste årene, som tsunamien i 2004 og pandemisk influensa i 2009–2010, har understreket behovet for

internasjonalt samarbeid, og stilt nye krav til samfunnssikkerhet og beredskap også i Norge.

Helsetjenesten er sentral i de fleste beredskapssituasjoner. Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommuner, regionale helseforetak, sykehus og staten å ha beredskapsplaner. Tilsvarende gjelder vannverk, Mattilsynet og næringsmiddelaboratorier. Om lag 70 prosent av vannverkene har rapportert at de har beredskapsplaner, men kvaliteten på planene varierer. Alle helseforetak og de fleste kommuner har bekreftet at de har planer etter helseberedskapsloven og smittevernloven. Det pågår hele tiden arbeid med å utvikle god kvalitet på beredskapsplanene, basert på analyser, øvelser og hendelser.

Norge har lav forekomst av smittsomme sykdommer. Vi har god oversikt og kontroll over aktuelle infeksjonssykdommer. Globalt er flere alvorlig smittsomme sykdommer under kontroll. Andre har økt i omfang, og tidligere ukjente sykdommer har spredt seg.

Antibiotikaresistens er et økende problem over hele verden, og er en betydelig utfordring for norsk helsetjeneste. Høyere gjennomsnittsalder og økt antall pasienter med nedsatt immunforsvar, gir økt risiko for infeksjoner under opphold i helseinstitusjoner. Antibiotikaresistens og infeksjoner fører til økt sykkelighet og dødelighet og høye kostnader.

Mange smittsomme sykdommer kan overføres gjennom mat og drikkevann. Det gjelder også sykdommer som smitter mellom mennesker og dyr. Nasjonale utbrudd på grunn av E.coli, er aktuelle eksempler.

Norge deltar i globalt samarbeid i regi av Verdens helseorganisasjon og Det internasjonale atomenergibyrådet (IAEA) om overvåking, analyse, varsling og reaksjonsformer ved utbrudd av smittsomme sykdommer og strålingsrelaterte hendelser. Norge samarbeider med EU på helse- og mattrygghetsområdet, blant annet i EUs Health Security Committee og EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) og EFSA (European Food Safety Authority). Nordisk helseberedskapsavtale omfatter informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer.

Tiltak

Helsemyndighetene vil legge til rette for at beredskapsplanene i helse- og omsorgssektoren har god kvalitet, og legge til rette for og delta i øvelser nasjonalt og internasjonalt. I forslag til folkehelse-

lov foreslås nye bestemmelser om eksponering av helseskadelige miljøfaktorer.

Departementet vil revidere og sette i verk ny *Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa* og *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*. Behovet for en egen plan mot særlig smittsomme alvorlige sykdommer, vil også bli vurdert. Smittevernplaner, pandemiplaner og andre relevante planer, må vedlikeholdes og videreutvikles. Videre vil legemiddelberedskapen bli gjennomgått.

Regjeringen oppgraderer atomberedskapen i lys av nye trusselvurderinger. Sivilmilitært samarbeid på beredkapsområdet og norsk deltakelse i internasjonale fora, skal videreutvikles, blant annet ved å innføre retningslinjer for nordisk helsesamarbeid ved krisesituasjoner i utlandet.

Tiltakene i *Nasjonal hiv-strategi* (2009–2014) og i *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens* (2008–2012) skal følges opp, og videre arbeid vurderes.

Overvåking av smittsomme sykdommer og epidemietterretning skal videreutvikles i tråd med strategien *Gode helseregistre – bedre helse*. Det vil bli utredet et system for å høste anonyme data fra landets fastleger slik at utbrudd kan oppdages tidligere. Folkehelselaboratoriernes plass i overvåkingen formaliseres slik at det blir bedre, felles utnytting av overvåkingsdata med Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS) skal utvides til også å dekke sykehjemmene.

Små kommuner kan ha nytte av interkommunalt smittevernsamarbeid for å sikre godt smittevern og døgnkontinuerlig vaktberedskap. Det er viktig at samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og Mattilsynet styrkes for å sikre effektiv håndtering ved utbrudd av sykdommer som kan overføres gjennom mat og drikkevann. Det bør inngås lokale avtaler om dette. Dette gjelder særlig flere mindre kommuner.

Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet krever kontinuerlig oppdatering. Det er viktig å forbedre kommunikasjonen med småbarnsforeldre og overvåking av bivirkninger, og sikre en god prosess for å vurdere eventuelle nye vaksiner i programmet. Regjeringen ønsker å videreføre programmet *Global helse- og vaksinasjonsforskning* som kan bidra til å bedre helsetilstanden og levevilkårene i lav- og mellominntektsland.

Det internasjonale smittevernarbeidet styrkes. Norge skal være bidragsyter i EU- og EØS-samarbeidet som er ledet av det europeiske smittevernsenteret. Norge skal delta i EUs *Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance*. Norge skal følge opp Det internasjonale helsereglementet (IHR). Norge har en helsesamarbeidsavtale med Russland og har en aktiv rolle i det regionale helsesamarbeidet i nærområdene. Situasjonen med hiv/aids og tuberkulose er bekymringsfull i deler av regionen, og får stor oppmerksomhet.

Kapittel



Figur 5.1

5 Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste

Kommunene skal tilby helhetlige og samordnete tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer.

Helse- og omsorgstjenesten må organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Det er en målsetting at tilgjengeligheten til tjenestene skal økes, og kvaliteten og kompetansen skal heves.

Kommunen og fylkeskommunen må ha tilstrekkelig personell med den kompetansen som kreves, og som kan samarbeide om og med brukerne på tvers av sektorer, kommunegrenser og nivåer i helsetjenesten. De må ha tilstrekkelig kunnskap til å planlegge sine tjenester og til å ta i bruk ny kunnskap og ny teknologi.

Erfaring har vist at helse- og omsorgstjenesten i ulike kommuner/regioner med samisk befolkning, har varierende bevissthet om samiske pasienter og brukeres behov. Kunnskap om samisk språk og kultur må være tilgjengelig i større grad i alle kommunale helse- og omsorgstjenester. Løsninger bør institusjonaliseres, og ikke være avhengige av enkeltpersoners engasjement.

Se kapittel 3.4 for nærmere omtale av samhandlingsreformen.

Mål for perioden

Regjeringen vil forsterke den helsefremmende og forebyggende innsatsen for å hindre at sykdom oppstår og utvikler seg. Brukere som er kronisk syke eller har nedsatt funksjon, skal kunne leve best mulig med sin sykdom eller funksjonsnedsettelse.

Regjeringen vil at befolkningen skal få økt kunnskap og bevissthet om helse, levevaner og egenmestring. Familie, barnehage, skole, arbeidsliv og helse- og omsorgstjenesten er sentrale arenaer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er særdeles viktig i denne sammenheng og skal være lett tilgjengelig for barn og unge.

Regjeringen vil bidra til god geografisk legefördeling, god rekruttering til allmennlegetjenesten og større stabilitet i legedekningen i distriktskommunene. Veksten i legetjenesten i årene fremover, skal i hovedsak komme i kommunene. Allmennlegetjenesten skal i større grad ta del i det individrettede forebyggende arbeidet. Legevakt-tjenesten skal videreutvikles, og fastlegenes ansvar for øyeblikkelig hjelp til egne pasienter, tydeliggjøres.

For å møte fremtidens utfordringer på omsorgsfeltet, arbeides det videre med *Omsorgsplan 2015*. Planen inneholder en rekke tiltak i tråd med strategiene for kapasitet og kompetanseheving, kvalitetsutvikling, forskning og planlegging, bedre samhandling og medisinsk oppfølging, aktiv omsorg og partnerskap med familie og frivillige. Summen av disse strategiene skal bidra til full sykehjemsdekning innen 2015, alle som trenger heldøgns omsorg, skal få det.

Verdighet skal presiseres som en del av for-svarlighetskravet. Forskriften om en verdig eldreomsorg er fastsatt med virkning fra 1. januar 2011. Det skal arbeides for bedre samhandling og medisinsk oppfølging og styrket innsats innen lindrende behandling.

Kompetanseløftet 2015 legger opp til å øke kompetansen i omsorgstjenestene og videreutvikle kunnskapsgrunnlaget. Det skal blant annet skje gjennom praksisnær forskning og utvikling og ved å styrke den etiske kompetansen hos de ansatte.

Forskning og kunnskapsbasert praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten, skal økes. Medisinsk teknologi, velferdsteknologi og nye innovative løsninger må utvikles og tas i bruk. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må i større grad utnytte mulighetene som bruk av IKT kan gi.

Gjennom *Omsorgsplan 2015* vil regjeringen styrke innsatsen for demente og bedre tjenestetilbudet til mennesker med nevrologiske lidelser.

Regjeringen vil lovfeste plikten til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygget videre ut. Det skal legges vekt på kultur, aktivitet og trivsel.

Det skal legges vekt på aktiv omsorg og partnerskap med familie og pårørende.

Det kommunale tjenestetilbudet skal videreutvikles. Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet skal få et helhetlig og kunnskapsbasert tjenestetilbud med vekt på mestring og brukerperspektivet. Innsatsen for personer med angst og depresjon ønskes økt.

Regjeringen tar sikte på å fortsette styrkingen og utviklingen på rusfeltet, og i større grad se fagområdet i sammenheng med psykisk helse.

Kommunene skal ha et tydeligere ansvar for habilitering og rehabilitering. Regjeringen har som mål at det må settes inn tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Den faglige bredden og kvaliteten skal ivaretas, og det må legges større vekt på tjenester som ivaretar brukernes mål og innsats.

Det skal være god tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Sosial ulikhet i tannhelse skal reduseres. Det offentlige tilbudet må, i større grad, innrettes mot dem som trenger det mest. Regjeringen vil utrede ulike modeller for et tak for utgifter til tannhelsetjenester.

5.1 Forebyggende helsetjenester

Det meste av det primærforebyggende arbeidet skjer i andre sektorer enn helsetjenesten. Det er et stort potensial for å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene. Det er mange tjenester, i tillegg til helsetjenesten, som har gode muligheter for å identifisere personer med risikofaktorer, og oppdage helseproblemer tidlig. Det er behov for mer kunnskapsbasert og systematisk innsats i det forebyggende arbeidet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha tilbud til barn og unge i alderen 0–20 år, foreldre og gravide. Tilbudet når ut til alle lag i befolkningen. 70 prosent av de gravide bruker helsestasjonen i svangerskapet, og det er økende etterspørsel etter jordmørtjenester i kommunene. Når det gjelder skolehelsetjenesten ser det ut til at jenter benytter tjenesten i større grad enn gutter.

En viktig del av folkehelsearbeidet er å forebygge uønskede svangerskap og abort og legge grunnlaget for god seksuell helse i befolkningen. Den største utfordringen er den høye aborthyppigheten i aldersgruppen 20–24 år. Denne aldersgruppen har toppet abortstatistikken de siste 20 årene.

Tannhelsetjenesten i fylkeskommunen når ut til hele befolkningen. Tjenesten organiserer forebyggende tiltak, deltar i folkehelsearbeid og har

tilbud om tannhelsehjelp til alle barn og unge i alderen 0–20 år og andre grupper i befolkningen. Om lag en million personer ble undersøkt og behandlet i tannhelsetjenesten i fylkeskommunen i 2009.

Eldre mennesker er overrepresentert i så godt som alle ulykkeskategorier. Hvert år utsettes nær 10 prosent av alle over 65 år for skader. 80–90 prosent av skadene skyldes fallulykker. Blant de mest alvorlige ulykkene er lårhalsbrudd som kan gi vesentlig redusert livskvalitet.

Tiltak

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet. Helsedirektoratet har laget forslag til utviklingsstrategi for disse tjenestene, og departementet vil følge opp på egnet måte. Det er viktig at tjenesten har kompetanse som kan ivareta de oppgaver som er tillagt helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Fra 2010 ble kommunenes frie inntekter økt med 230 mill. kroner for å styrke det forebyggende arbeidet. Midlene er videreført. Det er ønskelig at kommunene fortsetter styrkingen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er ønskelig at tilgjengeligheten til helsestasjons- og skolehelsetjenesten økes ved at kapasiteten bygges ut. Det gjelder særlig i videregående skoler. Kompetanse må rettes mot lokale utfordringer. Det bør vurderes tiltak som kan føre til at gutter i økende grad oppsøker tjenesten. Det må legges til rette for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan videreutvikle tverrfaglig samarbeid med andre helsetjenester og etater.

Kommunene skal stimuleres til å etablere tilbud til personer som har økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner, og til personer med psykiske lidelser. Det må også i sterkere grad gis tilbud og settes inn tiltak for personer som har utviklet sykdom, herunder tiltak for å stanse videre utvikling og hindre tilbakefall, begrense funksjonssvikt og øke mestringsevnen.

Ved utgangen av 2010 var det kommunale frisklivssentraler i over 100 kommuner. Dagens frisklivstilbud er en oppfølging av ordningen med grønn resept. Det er ønskelig at flere kommuner skal etablere slike tilbud, og det er bevilget øremerkede tilskudd til dette. Frisklivssentraler er viktig for å nå målene om å forebygge mer og bedre. Forslag til helse- og omsorgstjenestelov og folkehelselov gir kommunene nye insentiver til å etablere frisklivssentraler (boks 5.1).

Helse- og sosialutdanningene skal gjennomgå med sikte på å øke kunnskapen om helsefrem-

Boks 5.1 Frisklivssentraler

Frisklivssentraler er et kommunalt tilbud for personer som trenger å endre levevaner. Det gjelder blant annet fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Det er opprettet ca 100 frisklivssentraler. Noen av disse drives som interkommunalt samarbeid.

Frisklivssentralene kan ha tilbud for ulike grupper, ikke spesifikke diagnoser. Det legges vekt på tiltak som kan utjevne sosiale helseforskjeller. Tilbudet bør være lett tilgjengelig, ha lave egenandeler og være tilpasset dem som trenger det mest.

Frisklivssentralen arbeider i dialog med fastleger og idrettslag, frivillige lag og foreninger, private treningssentre og andre. Faglig ansvarlig har helsefaglig kompetanse. Frisklivssentraler er opprettet ved at fylkeskommuner har støttet utviklingen, ved statlige midler til utvikling av lavterskelmodeller og ved at kommuner har

omdisponert personell fra behandling til forebygging.

Frisklivssentralene kan brukes til å følge opp personer som er i fare for å bli sykmeldt eller er sykmeldt på grunn av uheldige levevaner eller psykisk lidelse.

Frisklivssentralen i Eiker kommune i Buskerud organiserer tilbudet slik: Sentralen mottar henvisning fra lege eller fysioterapeut og kontakter brukeren for en helsesamtale. Det utarbeides en plan for 12 uker og brukeren testes ved start og slutt. Brukeren får tilbud om trening to ganger i uken og eventuelt kostholds- og røykesluttkurs. Videre oppfølging planlegges etter 12 uker og det sendes rapport til fastlege eller fysioterapeut.

Tilbud for mestring av depresjon, og oppfølging ved risikobruk av alkohol, er under utprøving i Modum.

mende arbeid, folkehelsearbeid og forebygging. Dette må gjenspeiles i praksisdelen av utdanningene.

Regjeringen vil følge med på Helsedirektoratets oppfølging av *Nasjonal handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort* for 2010–2015. Planen legger vekt på at rådgivning og veiledning, prevensjon og testing og behandling av seksuelt overførbare sykdommer, skal være lett tilgjengelig.

Regjeringen vil vurdere å utvide jordmødre og helsesøstres adgang til å forskrive hormonelle prevensjonsmidler til alle kvinner i fertil alder fra 16 år og oppover. I dag er det bare jordmødre og helsesøstre ved helsestasjoner og skolehelsetjeneste som kan forskrive slike prevensjonsmidler. Utvidet forskrivningsrett vil kunne øke tilgjengeligheten til hormonell prevensjon, og bidra til nedgang i aborttallene. Tiltaket vil også kunne avlaste fastlegene, og bidra til mer hensiktsmessig bruk av helsepersonell.

I *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen* (2007–2011) er det et mål å øke andelen spedbarn som ammes. Helsestasjonene spiller en viktig rolle. Arbeidet med å etablere ammekyndige helsestasjoner vil bli videreført.

I tråd med St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*, arbeider Helsedirektoratet med å utvikle felles faglige retningslin-

jer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Svangerskapsomsorg omfatter fysisk og psykososial forebygging i svangerskapet, under fødselen og i tiden etter fødselen. Tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene vil gi behov for større kapasitet i barselomsorgen.

Kunnskapen om befolkningens tannhelse må forbedres og systematiseres. Det må forskes mer på årsaker til dårlig tannhelse og hvilke forebyggende og behandlende tiltak som har best effekt, spesielt for dem som trenger tjenestene mest.

Flere kommuner tilbyr frivillig hjemmebesøk til eldre over 75 år, som ikke mottar helse og omsorgstjenester. Hjemmebesøkene utføres av helsepersonell. Hensikten er å forebygge eller utsette funksjonssvikt og sykehjemsinleggelse. Temaer som tas opp er egenaktivitet, ernæring, sosialt liv og trivsel, symptomer på sykdom og medisinbruk. Flere kommuner er opptatt av å forebygge fall blant eldre. De har treningsgrupper og opplæring i fallforebygging, de registrerer eldreulykker og fjerner fallfeller, og de samarbeider med leger om medisinbruk som kan gi svimmelhet og ustøhet.

5.2 Lokalmedisinske sentre

Begrepet lokalmedisinsk senter brukes om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner

Boks 5.2 Lokalmedisinsk senter i Nord-Gudbrandsdal

Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter på Otta åpnet i 2010 nytt bygg med tett samarbeid med kommunene Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre, Lesja og Sykehuset Innlandet HF. Oppland fylkeskommune skal etablere en ny tan klinikk i de samme lokalene.

Senteret skal bidra til et bedre helsetilbud til befolkningen i hele Nord-Gudbrandsdal. Spesialister fra sykehuset på Lillehammer kommer til Otta, og det skal brukes moderne teknologi til å kommunisere mellom senteret og spesialisthelsetjenesten. Et eksempel på dette er røntgenstasjoner, der digitale bilder overføres til sykehuset for tolkning.

Dialysepasienter som tidligere måtte reise med drosje opp til 40 mil tre ganger i uken til behandling, kan nå få dialyse nærmere der de bor.

Mange eldre og syke trenger et tilbud mellom sykehus og eget hjem. Tilbudet om intermediærseger/observasjonsplasser er en mellomstasjon før pasientene er friske nok til å komme hjem, og for pasienter som trenger behandling eller observasjon i korte perioder.

Tilbudet ved senteret omfatter:

Kommunale helsetjenester som legekontor, fysioterapi og rehabiliteringsavdeling og en korttidsavdeling med ti plasser.

Spesialisthelsetjenester som psykiatrisk poliklinikk, ambulerende ortoped, revmatolog, gynekolog, nevrolog og hudlege med tilbud om lysbehandling. Høresentral i samarbeid med Gjøvik sykehus. Røntgentjeneste med 5 000 undersøkelser per år. Fire dialysemaskiner med dialyse tre dager per uke. Tilbud om cytostatikabehandling skal i gang. Det planlegges samarbeid om spesialsykepleie innen diabetes, lindrende behandling og kreft.

Interkommunale tjenester som felles legevaktsentral, felles døgnkontinuerlig jordmorkvakt, fem intermediære sengeplasser og tilbud om ultralyd og hjertemedisinske undersøkelser. Det er innført et felles journalsystem for lege, helsesøster, fysioterapi og jordmor, og felles journalsystem for pleie- og omsorgstjenesten.

Det er ansatt regionale koordinatorene for samfunnsmedisin og folkehelse- og idrettskoordinator for barn og unge.

samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus (boks 5.2). Noen steder kalles slike virksomheter distriktsmedisinske sentre.

Det er etablert rundt 12 slike sentre i landet. I 2010 ble det gitt tilskudd til planlegging og etablering av ytterligere sju lokalmedisinske sentre. Andre steder samarbeider kommuner og helseforretak om intermediæravdelinger og/eller avdelinger for lindrende behandling, sykestuer, legevakt med mer.

Kommuner og sykehus må sammen vurdere om deler av tjenestetilbudet bør samles i et lokalmedisinsk senter. Noen kjennetegn ved et godt lokalmedisinsk senter er at det:

- tilbyr helhetlige og integrerte tjenester før, istedenfor og etter spesialisthelsetjenester, basert på sammenhengende pasientforløp
- legger stor vekt på egenmestring og tidlig intervensjon. Det inkluderer rehabilitering og lærings- og mestringstilbud
- legger vekt på tverrfaglig tilnærming
- inkluderer habiliterings- og rehabiliteringstjenester, tjenester til barn og unge, tjenester til

personer med kroniske lidelser, tjenester til personer med kognitiv svikt.

Hvilke funksjoner som bør legges til et lokalmedisinsk senter, må vurderes ut fra lokale forhold og behov. Det er viktig å vurdere mulighetene for å samlokalisere funksjoner for pasientgrupper som har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Samlokalisering av tjenester synes å være et av suksesskriteriene for å bygge opp døgnplasser i kommunene til observasjon, etterbehandling, lindrende behandling og habilitering og rehabilitering. Tannhelsetjenester, tverrfaglige ambulante team og lærings- og mestringstilbud kan også legges til lokalmedisinske sentre.

Det er mange fordeler ved å samlokalisere tjenester som allmennlegetjenester, fysikalsk rehabilitering, psykisk helse- og rustjenester. Brukere og pasienter kan få forsterket oppfølging, og fagmiljøet blir større. Dermed styrkes kommunens mulighet til å rekruttere personell. Samlokalisering med desentraliserte spesialisthelsetjenester kan ytterligere bidra til å sikre befolkningen nærhet til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar og

Boks 5.3 Praksiskonsulenter

Rundt 130 fastleger har en deltidsstilling som praksiskonsulent og/eller praksiskoordinator i helseforetakene. Ordningen ble opprettet i 1995, og skal evalueres. Dette er en privat ordning som er basert på avtale mellom helseforetak og fastleger, og den involverer ikke kommunene. Praksiskonsulentene er rådgivere for foretaksledelsen, og har ikke ansvar for å ivareta kommunenes interesser.

Praksiskonsulentene skal bidra til bedre samhandling mellom sykehus og kommuner og best mulig arbeids- og ansvarsfordeling. Praksiskonsulentene skal vurdere praksis for inn- og utskrivning og utvikle retningslinjer for oppfølging i kommunene. De skal bidra til økt bruk av IKT.

Praksiskoordinator skal ha jevnlig møter med praksiskonsulentene, ledelsen, fastlegene

og helseledere i kommunene for å sikre at kunnskap og erfaringer formidles. Koordinatoren skal være rådgiver for ledelsen, og delta i endringsprosesser som gjelder samarbeid mellom nivåene.

Ordningen med praksiskonsulent/praksiskoordinator innebærer at sykehusene utlyser deltidsstillinger og selv bestemmer hvilke avdelinger som skal bruke ordningen. De som ansettes bør være erfarne allmennleger fra helseforetakets nedslagsfelt. Det er inngått en rammeavtale om ordningen mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen.

I henhold til rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen kan legen og kommunen avtale at stilling som praksiskonsulent kan gi tilsvarende fritak fra plikten til andre allmennmedisinske oppgaver.

gjensidig utveksling av kompetanse, vil legge bedre til rette for å sikre helhetlige behandlingsskjeder.

Kommuner og fylkeskommuner som ikke har tilstrekkelig kvalifisert personell eller egne virksomheter til å løse nye oppgaver og økt ansvar, kan samarbeide med andre kommuner og fylkeskommuner. Forpliktende lokalt samarbeid kan være organisert som interkommunale selskaper og etter vertskommunemodellen som er mulig i dag.

Avtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene vil definere hva slags tjenester som finnes ved lokalmedisinske sentra, og synliggjøre partenes gjensidige ansvar for kompetanseoverføring og veiledning. Tjenesteinnholdet må vurderes i forhold til avstanden til nærmeste sykehus og kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenester (se kapittel 3).

Lokalmedisinske sentre vil kunne samarbeide med forskningsinstitusjonene, for å styrke forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten.

5.3 Legetjenester i kommunene

Allmennlegetjenester ytes gjennom fastlegeordningen, ved sykehjem, i kommunal legevakt og i

helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og i fengselshelsetjenesten.

Antall ubesatte fastlegehemler har gått ned siden 2001, men det er fremdeles utfordringer når det gjelder legedekning og stabilitet i legestillinger i en del kommuner.

Fastlegeordningen fungerer i hovedsak godt. Befolkningen er tilfreds med ordningen, som har medført kortere ventetid og bedre legedekning. Mange kommuner opplever imidlertid at fastlegene ikke er tilstrekkelig integrert i det kommunale tjenesteapparatet. Dette til tross for at fastlegene har en sentral rolle i å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene. Fastlegene bør derfor integreres bedre i kommunehelsetjenesten, slik at kompetansen deres kan utnyttes bedre og for å sikre bedre samordning med andre deler av det kommunale tjenesteapparatet. I tillegg til å følge opp innbyggere på egen liste, kan fastlegene dekke andre allmennlegeoppgaver i kommunen.

Det må innhentes mer kunnskap om kvaliteten på tjenestene som fastlegene leverer. Det må gjøres mer systematisk kvalitetsarbeid og fremskaffes bedre styringsdata. Organiseringen av allmennlegetjenesten i kommunen og kvaliteten på tjenesten kan ha betydning for omfanget av akutte innleggelser i sykehus. Hvis pasienter med kroniske lidelser følges tett av en lege som kjenner pasienten, kan legen oppdage symptomer på for-

verring tidlig nok til at innleggelse kan unngås. God kvalitet i legevakttjenesten er viktig, fordi de fleste øyeblikkelig hjelp-innleggelser skjer fra legevakt.

Tiltak

De overordnede rammebetingelsene for fastlegeordningen skal ligge fast, men ordningen skal utvikles på en del områder som er viktige i samhandlingsreformen. Stat og kommune skal få bedre styringsmuligheter for å sikre god kvalitet, og slik at innsatsen er i tråd med nasjonale og lokale prioriteringer.

Fastlegeforskriften skal revideres. Det vil bli vurdert å presisere innholdet i fastlegenes listansvar og å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav. Dette kan bidra til at fastlegene tar et mer helhetlig ansvar for tjenestene til innbyggerne på sine lister.

Det skal vurderes å forskriftsfeste muligheten til å pålegge fastleger 7,5 timer med andre typer allmennlegearbeid ved fulltids praksis. I dagens ordning er dette avtalefestet.

Departementet har merket seg at mange høringsinstanser, blant annet mange kommuner, ikke ser behov for omlegging av finansieringsordningen for fastleger. Departementet vil ikke foreslå endringer i fordelingen mellom per capita-tilskuddet og honorar nå. Departementet vil vurdere finansieringen i forbindelse med arbeidet med forskriften.

I årene fremover er det behov for at en større andel av de nyutdannede legene arbeider i primærhelsetjenesten. Utdanningen må forberede studentene på arbeidslivet. Spesialistutdanningen i allmennmedisin skal tilpasses nye oppgaver og behov for kompetanse.

Kommunene kan velge å ansette fastleger i et arbeidsgiver-arbeidstakerforhold. Regjeringen vil legge til rette for at allmennleger i større grad kan ha fast lønn med mulighet for å gå over til næringsdrift, der kommune og lege er enige om dette. Det skal vurderes å etablere fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin.

Det er foreslått å videreføre kommunelegefunksjonen. Det kan være hensiktsmessig at flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommuneleger på heltid.

Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for kommunen, for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, og hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap.

5.4 Kommunal legevakttjeneste

Kommunal legevakttjeneste er en del av allmennlegetjenesten, og det er kommunen som har ansvar for å organisere legevakttjenesten. Legevaktordningen er et ledd i den akuttmedisinske kjeden.

Kommunal legevakt omfatter somatisk og psykisk helsehjelp. Kommunen skal ha et system for å sikre at øyeblikkelig hjelp ivaretas hele døgnet ved ulykker og akutte situasjoner. Det er den enkelte fastlege som har ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp i åpningstiden til innbyggerne på sin liste. Fastlønnede lege og allmennlege med individuell avtale, plikter å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevakt. Det følger av særavtalen (SFS 2305) mellom KS og Den norske legeförening,

Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester drøfter hvordan kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp kan tydeliggjøres (se kapittel 3).

Kommunal legevakt oppleves mange steder å være et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden. Statens helsetilsyns funn ved tilsyn med legevakter i 2001–2005, viste at det er mange utfordringer knyttet til tjenesten. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har utarbeidet forslag til *Nasjonal handlingsplan for legevakt*. Utkastet skisserer utfordringer knyttet til kompetanse, størrelse på legevakter og vakttdistrikt, systemansvar, kliniske utfordringer, befolkningens forventninger og samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre deler av kommunehelsetjenesten.

I 2006 dekket omkring halvparten av fastlegene alle sine vakter i legevakttjenesten. 15 prosent dekket bare en tredel av vaktene. I små kommuner med få fastleger kan vaktbelastningen være et problem. Videreutvikling av interkommunale ordninger der legene får en tilfredsstillende vaktplan, kan virke stabiliserende på legedekningen og bidra til å rekruttere nye leger.

Tall fra 2007 viser at 77 prosent av kontaktene med legevakt var tilstander som ikke hastet mer enn at de kunne vente til første passende anledning, eller til neste dag hos fastlegen. Halvparten av dem som oppsøkte legevakten, var villige til å vente til neste dag dersom de var garantert time hos fastlegen sin. Det viser evaluering av fastlegeordningen.

Organiseringen av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, kan være en særlig utfordring for legevakten, fordi vakthavende lege ikke har kunnskap om pasientens sykehistorie. Antall innleggelser ved akuttavdelinger i psykisk helsevern,

Boks 5.4 Velferdsteknologi i omsorgstjenesten

Fremtidens omsorgstjenester skal ha en mer aktiv profil med sterkere brukerinnflytelse og deltakelse fra familien og det sosiale nettverket.

De lokale omsorgstjenestene skal settes i stand til å utføre nye faglig krevende oppgaver. Regjeringen er opptatt av å finne nye løsninger for å forbedre og forenkle tjenestene. Næringsliv og offentlig sektor viser stor interesse for å samarbeide om utvikling innen arkitektur og ny teknologi. Særlig gjelder det utforming av sykehjem og nye boformer. Smarthusløsninger og ny omsorgsteknologi gir brukerne nye muligheter for å leve et selvstendig liv og mestre hverdagen. Telemedisin og kommunikasjonsteknologi kan effektivisere tjenestene.

I Vestfold har 12 kommuner etablert et interkommunalt samarbeid om å utvikle tjenestetil-

budet til brukere pårørende. Nye krav og ønsker fra brukerne, presset kommuneøkonomi, mer spesialiserte oppgaver og konkurranse om arbeidskraften er bakgrunnen for samarbeidet. Et av prosjektene kalles *TrygghetsNett* og er for pårørende til hjemmeboende med kronisk sykdom. Prosjektet knytter de pårørende sammen i nettverk gjennom IKT-løsninger ved hjelp av kamera, PC og sosiale medier. På den måten kan de opprettholde og utvikle sosiale relasjoner og få støtte for jobben de gjør. Nettverket er laget spesielt for pårørende til barn og unge med utviklingsforstyrrelser, unge med rusproblemer og hjemmeboende med slag eller demens.

kan reduseres ved bedre organisering av tilbudet i kommunene og ved bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Kommunen har ansvar for etablering og drift av legevaktsentral (LV-sentral) og et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet. Nummeret skal benyttes når hjelpen haster litt, men der tilstanden ikke er livstruende. Telefonnummeret til legevaktsentralen er forskjellig fra kommune til kommune. Det er viktig å sikre nødvendig helsehjelp på rett nivå i helsetjenesten gjennom kanalisering av henvendelser til riktig instans (AMK-sentral, kommunal legevaktsentral eller fastlegenes øyeblikkelig hjelp-tjeneste for egne listeinnbyggere).

Tiltak

Det skal vurderes å innføre ett felles telefonnummer til kommunale legevaktsentraler for hele landet. Det vil bety en forenkling og effektivisering av befolkningens tilgang til legevakt.

Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med å følge opp anbefalingene fra Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Fastlegenes deltakelse i legevakt, kompetanseheving og øvrig kvalitetsarbeid i den kommunale legevaktstjenesten, skal vurderes.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å innføre krav til minimumskompetanse som et første steg, samt forskriftfeste regler for fritak fra legevakt for fastleger. Departementet vurderer

om krav til bedre tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp for innbyggere på fastlegens liste, bør forskriftsfestes. Eventuelle forslag til endringer vil bli sendt på høring, sammen med andre forskrifter knyttet til samhandlingsreformen.

5.5 Pleie- og omsorgstjenester

Omsorgsutfordringene de neste tiårene, kan ikke overlates til helse- og omsorgstjenesten alene. De må løses ved å involvere de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjementet fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter. Utfordringene er knyttet til:

Nye brukergrupper. Sterk vekst i yngre brukere, krever annen kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv i omsorgstilbudet. Nesten ni av ti nye årsverk i perioden 2002–2007 har gått til brukere under 67 år, som mottar hjemmebaserte tjenester. Det er først og fremst hjemmesykepleien som vokser, mens antallet som mottar praktisk bistand, er noe redusert.

Aldring. At andelen eldre i befolkningen øker, betyr at det blir behov for større kapasitet i tjenestene og økt kompetanse om aldring, spesielt om demens og sammensatte lidelser. Utfordringene må ses i lys av at den nye eldregenerasjonen vil ha bedre helse, bedre utdanning og bedre økonomi enn dagens eldre. De vil også forvente å kunne bestemme over egen tilværelse. Et økende antall rammes av demenssykdommer, som er en stor

utfordring for pasienten, de pårørende og tjenesteapparatet. Det gjelder utredning og diagnostisering, tilrettelegging av botilbud og dagtilbud. I 2007 var det bare 6,5 prosent av hjemmeboende demente som hadde et dagtilbud. Både pårørende og brukere har behov for kunnskap, støtte, veiledning og rådgivning om demens.

Knapphet på omsorgsytere: Det vil bli knapphet på omsorgsytere i fremtiden, både offentlig arbeidskraft og frivillige omsorgsytere. En stor andel av personellet i omsorgstjenestene har ikke helse- og sosialfaglig utdanning, og det er en lav andel som har høyskoleutdanning. Det er høyt sykefravær, omfattende bruk av deltidstillinger og sektoren har få ledere.

Det blir viktig å opprettholde, styrke og vedlikeholde den ressursen som familien og den frivillige omsorgen utgjør.

Medisinsk oppfølging: Det er behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av mottakere av hjemmetjenester og beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Det gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske lidelser og personer med behov for koordinerte tjenestetilbud fra spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Aktiv omsorg: Flere undersøkelser peker på at dagligliv, måltider, aktivitet og sosiale og kulturelle forhold er de største svakhetene ved dagens omsorgstilbud. Det er behov for flere yrkesgrupper og større faglig bredde for at tjenesten skal få en mer aktiv profil og dekke psykososiale behov. Fremtidens tjenester må legge vekt på tilpassede tilbud med tverrfaglig og bred tilnærming.

Tiltak

Regjeringens strategi er å utnytte den relativt stabile perioden vi er inne i. Tjenestetilbudet må gradvis bygges ut for å møte den raske veksten i antall eldre over 80 år, som forventes om 10–15 år. Særlig er det viktig med utdanning og rekruttering av personell og langsiktige investeringer i teknologi, lokaler og botilbud. Det er nødvendig med langsiktig planlegging i tett samarbeid mellom kommunalt og statlig nivå.

Regjeringen vil sikre full sykehjemsdekning innen 2015 og gi tilsagn om tilskudd til 12 000 sykehjems plasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015. For å nå målet om full sykehjemsdekning, må også hjemmetjenestene bygges ut, slik at de som ønsker å få nødvendig hjelp i eget hjem, kan få det, og de som trenger heldøgns omsorgstilbud, kan få det.

I *Omsorgsplan 2015* er det beskrevet fem langsiktige strategier for å nå dette målet.

- kapasitet og kompetanseheving
- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og frivillige

Investeringstilskuddet skal bidra til å styrke kommunenes tilbud om korttids plasser. Målgruppen for tilskuddet er personer med behov for heldøgns omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming.

Regjeringen har i januar 2011 lagt frem forslag om å øke den statlige tilskudds andelen per omsorgsbolig fra 20 prosent til 30 prosent av godkjente anleggskostnader. For sykehjemsplasser foreslås en økning fra 30 til 40 prosent av godkjente anleggskostnader. For å likebehandle kommunene, gis økningen i tilskudds andelen tilbakevirkende kraft for tilskudd som er gitt etter at ordningen ble innført i 2008. Økningen i tilskudds andelen vil ta utgangspunkt i opprinnelig tilsagns størrelse.

Regjeringen har foreslått å endre reglene slik at kommunene selv kan bestemme om de vil inngå avtaler med frivillige organisasjoner, boligbyggelag, private omsorgsfirmaer eller andre. Slik legger regjeringen til rette for at kommunene kan velge de samarbeidspartnerne de selv vurderer som mest hensiktsmessige, for å nå målet om 12 000 heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015. Regjeringen vil utvide rammene for ordningen ytterligere, dersom søknadsinngangen tilsier det.

Regjeringen har et mål om 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015. Målet skal nås gjennom det økonomiske opplegget for kommunesektoren, i form av frie inntekter til kommunene. De nye årsverkene vil bidra til bedre kapasitet og kompetanse i hjemmetjenester, sykehjem og dagaktivitetstilbud.

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan. Den skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenestene. Målet er at andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning skal økes. Det skal skapes større faglig bredde og veiledning, og internopplæring og videreutdanning skal styrkes. Omsorgssektoren har svært få ledere sammenliknet med annen virksomhet, selv om de yter tjenester døgnet rundt 365 dager i året. Godt lederskap med personlig oppfølging av den enkelte arbeidstaker, er avgjørende for arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse. Å

styrke lederfunksjonene i sektoren, er en sentral oppgave.

Demensplan 2015 Den gode dagen, skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet i tjenester til personer med demens og deres pårørende. Demensplanen legger vekt på tre hovedsaker: Økt dagaktivitetstilbud, flere tilpassede boliger og økt kunnskap og kompetanse. Regjeringen har som mål å lovfeste en plikt til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygget videre ut. Godt utbygde dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester, kan utsette innleggelse i institusjon.

Det er satt i gang et treårig demensprogram for personer med samisk bakgrunn. Det skal etableres et nasjonalt utviklingssenter for den samiske befolkningen. Hensikten er å styrke kunnskap om samisk språk, kultur og flerkulturell forståelse, og å yte gode og likeverdige tjenester til samisk befolkning.

Gjennom avtalen som ble inngått mellom regjeringspartiene, KrF og Venstre i 2007, er *Omsorgsplan 2015* utvidet og konkretisert. Det er satt i gang en rekke tiltak og det er innført en verdighetsgaranti. Forskrift om en verdig eldreomsorg trådte i kraft 1. januar 2011. Verdighet er grunnleggende i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste. Rettighetstenkingen har utviklet seg fra å betrakte brukeren som en passiv mottaker av tjenester, til å legge til rette for at brukeren er en medvirkende mottaker av tjenester. De siste års vekst i omsorgssektoren har kommet de yngre brukergruppene til gode, i større grad enn de eldre. Forskriften om en verdig eldreomsorg vil sikre riktigere prioritering av innsatsen i omsorgstjenesten, slik at eldre som gruppe ikke kommer uheldig ut.

Regjeringen vil styrke praksisnær forskning og utvikling i omsorgstjenestene som et ledd i *Omsorgsplan 2015*. Det skal bedre kunnskapsgrunnlaget for å utvikle tjenestetilbudet, sikre økt rekruttering og styrke kunnskapsgrunnlaget i utdanningene. Det er etablert fem regionale forsknings- og utviklingssentre knyttet til universiteter og høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell (boks 9.1). Det er også etablert utviklingssentre for sykehjem og utviklingssentre for hjemmetjenester i alle fylker. Virksomhetene vil danne nasjonale, regionale og lokale nettverk for forskning og utviklingsarbeid i omsorgstjenesten.

Regjeringen vil finne nye løsninger på omsorgsutfordringene. Det skal særlig legges vekt på bygg og ny teknologi. Smarthusløsninger og ny velferdsteknologi gir brukerne nye muligheter til å leve selvstendig og mestre hverdagen. Med telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi

kan helse- og omsorgstjenestene forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten.

Det skal satses på innovasjon og velferdsteknologi til fordel for brukere og personell. Det vil bidra til at man kan etablere behandlingstilbud nær brukeren med støtte fra spesialist- eller kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenestens støttestrukturer skal bygges ut og samhandling skal settes i system. Regjeringen vil bidra til å forsterke den positive utviklingen i legedekning i kommunehelsetjenesten, og sikre at dette fører til styrking av det medisinske tilbudet i sykehjem, omsorgsboliger og i hjemmesykepleien. Kommunen skal legge til rette for gode samhandlingsrutiner mellom hjemmesykepleien og fastlegene.

Regjeringen legger vekt på kultur, mat og måltider, aktivitet og trivsel som helt sentrale elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Regjeringen vil videreføre «den kulturelle spaserstokken» for å stimulere til samarbeid mellom kultursektoren og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det skal utvikles læremateriell og etableres tverrfaglig videreutdanningstilbud i aktiv omsorg. *Livsglede for eldre* og *Inn på tunet* er gode eksempler på hvordan det kan tilrettelegges for aktivisering og mestring på omsorgsområdet. *Inn på tunet* kan også bidra med dagtilbud for personer med kognitiv svikt, og arbeidstrening innen rusomsorg og psykisk helsearbeid.

Som del av *Kompetanseløftet 2015*, er det bevilget midler til å styrke ernæringskompetansen i tjenesten. Målet er bedre rutiner og innhold i ernæringsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet arbeider med *Kostholdsboen*. Den vil være et viktig verktøy for et bedre ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester tydeliggjøres kommunenes plikt til å ha tilbud om personlig assistanse i form av praktisk bistand, organisert som brukerstyrt, personlig assistanse (se kapittel 7).

Regjeringen mener det er avgjørende å opprettholde og styrke omfanget av frivillig omsorg. Det må legges bedre til rette for at omsorgsarbeid kan kombineres med yrkesaktivitet, og at omsorgsoppgavene er mer likt fordelt mellom menn og kvinner. De offentlige tjenestene må, i større grad, spille sammen med familieomsorg, frivillige organisasjoner og et levende sivilsamfunn.

Utviklingen i behov og fremtidig knapphet på helse- og sosialpersonell, tilsier at oppgavene må løses på andre måter og i tettere samspill med frivillig sektor. Sektoren har høy kompetanse, stort

engasjement og kan presentere nye løsninger på velferdsutfordringene. Det bør legges til rette for bedre dialog mellom frivillig sektor og myndighetene, og det bør skapes større forutsigbarhet for aktørene i sektoren.

De internasjonale prinsippene om «Active Ageing» forutsetter at eldre tar del i et samfunn som involverer alle på tvers av aldersgrupper og andre skillelinjer. Samfunnet bør signalisere forventninger om aktivitet og deltakelse både fra eldre og yngre, tydeligere. Det gjelder også personer med nedsatt funksjonsevne eller som er avhengige av bistand for å delta i arbeids-, kultur- eller samfunnsliv.

En del av brukerne av kommunenes helse- og sosialtjenester er avhengige av tilrettelagte boliger. Husbanken forvalter flere økonomiske ordninger som støtter opp om denne utviklingen, som for eksempel tilskudd til utleieboliger for vanskeligstilte, omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Husbanken har også en viktig rolle som samarbeidspartner og kompetanseutvikler overfor kommunene og andre aktører som bidrar i det boligsosiale arbeidet.

5.6 Psykisk helse og rus

Psykiske plager og lidelser er et betydelig folkehelseproblem, og kan føre til redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeid og tap av livskvalitet. Psykiske plager og rusmiddelproblemer er viktige årsaker til sykdom, uførhet, lav sosial integrering og redusert levealder. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er blant dem som har dårligst levekår.

Det er en klar sammenheng mellom totalforbruket av alkohol og helseskader, sosiale konsekvenser, sykdommer og ulykker. Avhengighet av rusmidler medfører store sosiale problemer, redusert levestandard, dårlig helse og ernæring. *Opptrappingsplanen for psykisk helse* og *Opptrappingsplanen for rusfeltet* har bidratt til at betydelig flere enn tidligere får behandling og oppfølging.

Symptomer på psykiske lidelser og begynnende rusproblemer viser seg ofte i ung alder, for mange allerede i barneårene. Derfor må det forebyggende arbeidet skje i og utenfor helsetjenesten, på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

Kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og rusmiddelproblemer blant innbyggerne, og ha oversikt over behovet for tiltak og tjenester. Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostisering, funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilite-

ring, oppfølging, psykososial støtte og veiledning. Tjenesteapparatet skal bistå de som trenger hjelp til å mestre hverdagen – også i de vanskeligste periodene. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene arbeider med å utvikle de kommunale tjenestene til personer med psykiske lidelser. De regionale kompetansesentrene på rusområdet har tilsvarende oppgaver i arbeidet med ruspolitisk handlingsplan i kommunene.

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusrelaterte problemer har ofte behov for tjenester fra kommune- og spesialisthelsetjenesten over lang tid. Mange opplever brudd i behandlingsforløpet og et oppdelt tjenestetilbud. Samhandlingen mellom tjenester for personer med langvarige og sammensatte lidelser skal bli bedre.

I forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og endringer i lov om spesialisthelsetjenesten, foreslås det at kommuner og regionale helseforetak/helseforetak skal inngå lokale samarbeidsavtaler. Avtalene skal bidra til økt samhandling og koordinering, rydde i gråsoner og legge til rette for at pasienter og brukere får hjelp på beste effektive omsorgsnivå. Det foreslås at lovfesting av samarbeidsavtaler trer i kraft 1. januar 2012.

Vold rammer barn, unge og voksne og medfører fysiske og psykiske skader. De psykiske konsekvensene av volden varierer fra lettere til alvorlige og langvarige traumer. Forebygging og behandling av vold og traumatisk stress foregår både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert ett nasjonalt og flere regionale kompetansemiljøer som skal bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

Det er viktig at barn som er utsatt for vold og seksuelle overgrep, får hjelp, og at hjelpen ikke blir forsinket. For å sikre bedre hjelpe- og behandlingstilbud, har regjeringen etablert en landsdekkende ordning med *Barnehus*. Formålet med barnehusene er at tjenester som dommeravhør, medisinsk undersøkelse og psykologisk hjelp og behandling skal skje på samme sted.

Det er spesielt viktig å etablere godt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og barnevernet. Barnevernet er avhengig av at andre som kjenner barnets situasjon, melder fra til den kommunale barneverntjenesten ved alvorlig bekymring. Det gjelder både offentlige tjenester og privatpraktiserende tjenesteutøvere. Opplysningsplikten følger av barnevernloven § 6–4 og av helsepersonelloven § 33. Ledelsen må påse at det utarbeides rutiner for bekymringsmeldinger.

Barn av personer som har rusmiddelproblemer og psykiske plager og lidelser, er spesielt sårbar med tanke på å utvikle psykiske lidelser. Tjenestene bør være spesielt oppmerksomme på denne gruppen barn og andre grupper pårørende, i det forebyggende arbeidet. Gjennom opptrappingsplanene har det vært satset på etablering av flere sentre for pårørende og selvhjelpsgrupper. Barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, skal identifiseres tidlig og få hjelp ved behov.

Blant innsatte i fengsel er det høyere forekomst av ruslidelser og psykiske plager og lidelser enn i resten av befolkningen. Vertskommunene for fengslene har ansvar for primærhelsetjenester til de innsatte. I mange tilfeller vil det være påkrevd å sette i gang arbeid med individuell plan så raskt som mulig, og tilrettelegge for samordning med kriminalomsorgen og andre tjenester og sektorer. Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet er det blitt økt samarbeid mellom justissektoren og helsesektoren. Det gjelder også samarbeid med politiet.

Tiltak

Kommunale forebyggende tjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, legetjenester og omsorgstjenester, er viktig i arbeidet med å redusere rusmiddelbruk og skader forårsaket av rusmiddelbruk. Samarbeid med NAV, barnevernet, kriminalomsorgen og frivillig sektor er sentralt.

I forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legges det til grunn at kommunene har ansvar for alle pasienter og brukere; somatiske og psykiske lidelser og lidelser som er relatert til rusmiddelavhengighet. Personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet skal ivaretas i de vanlige kommunale tjenestene.

Regjeringen har forlenget *Opptrappingsplan for rusfeltet* (2007–2010) med to år frem til utgangen av 2012. Regjeringen har varslet en stortingsmelding om rusmiddelpolitikken.

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Videre utvikling av de kommunale tjenestene skjer i hovedsak innenfor kommunenes ordinære rammer gjennom de frie inntektene. I tillegg får kommunene bevilgninger over statsbudsjettet til kvalitetsutvikling og kompetanseheving, og enkelte øremerkede stimuleringsstilskudd.

Det skal lages en felles faglig veileder for kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid i sluttfasen av *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Veilederen vil bygge på tiltak, erfaringer og modeller for opp-

følgning og behandling som er prøvd ut i planperioden. Det skal også utarbeides nasjonale retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, innen 2015. I løpet av 2011 kommer nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse.

Gjennom opptrappingsplanene er det satt i gang flere tiltak for å få frem data om tjenester til personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, blant annet et arbeid for å utvikle statistikk og styringsinformasjon om behov og ressursbruk i kommunal sektor. Videre utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer på rusfeltet, og det skal utvikles systemer for å innhente data.

Angst og depresjon er viktige årsaker til sykmelding og uføretrygd. Innsatsen for å styrke tilbudet til mennesker med angst og depresjon, inngår i utviklingen av det psykiske helsefeltet.

Det finnes en rekke individ- og grupperettede kurs om forebygging ved lettere psykiske lidelser, for eksempel kurs i mestring av depresjon (KiD). Disse har vist seg å ha god effekt. Det finnes også metoder for å avdekke problemer tidlig. Selvhjelpsmetodikk er et godt tilbud for mange. Også rusforebygging i arbeidslivet må styrkes, og tiltak for arbeid og aktivitet for mennesker med rusrelaterte problemer må videreutvikles.

Det skal særlig legges vekt på psykisk helse for barn og unge. Tidlig intervensjon og oppfølging av barn og unge har en sentral plass i arbeidet med å forebygge rusmiddelmissbruk og psykiske plager. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og samarbeid med barnevernet, er viktig. De regionale kompetansesentrene på rusområdet er sentrale i å støtte kommunene.

Utredningen NOU 2009: 22 *Det du gjør, gjør det helt* handler om bedre samordning av tjenester for barn og unge. Utredningen foreslår en rekke tiltak. Forslagene har vært på høring og følges opp i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet i samarbeid med berørte departementer.

Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet er det bevilget midler til å styrke og utvikle det kommunale rusarbeidet. Tilskuddet benyttes til aktivitetstilbud, herunder støttekontakt/tillitsperson, arbeidsrettede tiltak, oppfølgingstjenester i bolig og ulike typer akutttilbud. Store byer og randkommuner er blitt prioritert. Tiltakene ses i sammenheng med tiltak for å styrke kvalitets- og kompetanseutvikling.

Modellforsøk med psykologer i kommunehelsetjenesten skal bidra til å øke rekrutteringen av psykologer til kommunene. Flere psykologer i kommunene bidrar til at tjenesten blir mer tilgjen-

gelig, og til å styrke faglig bredde og kvalitet i tilbudet til mennesker med psykiske plager og lidelser.

Oppsøkende behandlingsteam er under utprøving. Teamene følger opp mennesker med alvorlig psykisk lidelse og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Målgruppen er mennesker som ofte ikke oppsøker helsetjenesten selv. Det ytes også tilskudd til å utvikle forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak for å sikre helhetlige tjenestetilbud. Begge ordningene skal evalueres.

Det er behov for å styrke kompetansen i behandling av rusmiddelavhengige i kommunene. Departementet vil komme tilbake til dette i stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken.

De fleste bostedsløse er rusmiddelavhengige, og mange har psykiske plager og lidelser. Arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet er høyt prioritert i regjeringens arbeid med å utjevne sosial ulikhet i helse. En stabil bosituasjon er viktig for rehabilitering, helse og verdighet og for å legge til rette for økt mestring og selvstendighet. God oppfølging i bosituasjonen skal bidra til at overgangsfasene blir enklere å mestre. Det kan være etter endt behandling, fengsels- eller institusjonsopphold. Tilrettelagte bolig- og oppfølgingstilbud for personer med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske plager og lidelser, er av betydning i dette arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede modeller for kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling.

Omstillingen av psykisk helsevern skal fullføres for å sikre bedre ressursutnyttelse og tilgjengelighet til tjenestene. Det innebærer videre utvikling av distriktpsikiatriske sentre (se kapittel 6).

5.7 Rehabilitering og habilitering

Felles for habiliterings- og rehabiliteringstiltak er at de er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler. Flere aktører samarbeider om å bistå i brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Habilitering er tiltak spesielt rettet mot personer med medfødte eller tidlig ervervete tilstander. Personer med ulike sykdommer, lidelser eller skader kan ha behov for rehabilitering. Mange som trenger slike tjenester, opplever brudd og svikt i flyten mellom nivåene og mellom tjenestene. Tjenestene involverer flere aktører i og utenfor helsetjenesten. Prosessen må planlegges og gjennomføres med utgangspunkt i den enkeltes behov. Brukeren må delta aktivt og prosessen må skje i dagliglivet til den det gjelder.

For enkelte vil det være tilstrekkelig med en avgrenset rehabiliteringsprosess. For andre vil det være nødvendig med tett bistand og oppfølging over tid.

Habilitering og rehabilitering foregår både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av pasienter med behov for

Boks 5.5 Brukerstyrt rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er sentralt i et pasientforløp. Målet er at brukeren blir mest mulig selvhjulpent og kan leve et mest mulig selvstendig liv. Brukere og medarbeidere må sammen sette mål og tiltakene må utformes i tråd med disse. Det må i større grad vurderes om målrettet habilitering og rehabilitering kan være en bedre løsning for brukeren enn tradisjonelle tilbud om pleie og omsorg.

I Fredericia kommune i Danmark har man lykket med å vri tjenestetilbudet over fra tradisjonell pleie til omfattende brukerstyrt rehabilitering i hverdagen (www.fredericiakommune.dk/EgetLiv/menu/baggrund/).

Brukerne får tilbud om trening fremfor pleie, og selvhjelp fremfor hjemmehjelp. Trenin-

gen er lagt opp slik at brukeren lærer ferdigheter som de selv har lyst til å mestre.

Mange kan gjenoppta daglige gjøremål som for eksempel personlig stell og matlaging, i stedet for at andre skal gjøre det for dem. Kommunen har tatt et oppgjør med tanken om at eldre skal være passive og motta tilbud om hjelp. Ved å utsette tidspunktet for når brukeren trenger hjelp, blir det flere ressurser til å hjelpe de svakeste. Etter to år har kommunen spart penger på pleiebudsjetten og brukerne er mer fornøyde.

Det er mange kommuner i Norge med liknende prosjekter, men det er lite dokumentasjon av resultater og økonomiske konsekvenser.

habilitering og rehabilitering. Videre skal spesialisthelsetjenesten sørge for trening og oppøving av funksjon som krever spesialisert tilrettelegging, veiledning og intensiv trening, og sørge for tilrettelagt opplæring. For mange pasienter vil rehabiliteringstiltak gis samtidig med annen medisinsk behandling.

De private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene er en del av spesialisthelsetjenesten og gir tilbud til ulike pasientgrupper. Flere rehabiliteringsinstitusjoner har de senere årene tilbudt tjenester spesielt for mennesker som ønsker å beholde tilknytningen til arbeidet eller komme i arbeid, til tross for sykdom eller skade.

Kommunen skal ha generell oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering blant innbyggerne. Alle som bor eller oppholder seg der, skal tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov. For mange vil habiliterings- og rehabiliteringstjenester omfatte tjenester som praktisk bistand, tilrettelegging og hjelpemiddelformidling i hjemmet eller på arbeidsplassen og bistand til å delta i fysiske og sosiale aktiviteter. Habilitering og rehabilitering kan også finne sted på dager, i barnebolig eller i sykehjem.

Rehabiliteringsfeltet har de senere årene gjennomgått en betydelig faglig utvikling. På enkelte områder har rehabiliteringsbehovet blitt mindre, for eksempel etter ortopediske operasjoner på grunn av mer skånsomme operasjonsmetoder, og for pasienter med revmatiske sykdommer, på grunn av nye og bedre legemidler. På andre områder er det avdekket større behov, for eksempel hos pasienter med nevrologiske sykdommer, pasienter som har vært utsatt for store skader, og hos rusmiddelavhengige. Generelt er det en utvikling mot mer lokalt basert og poliklinisk rehabilitering for mange pasientgrupper.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2007–2011) er et viktig fundament for dagens rehabiliteringspolitikk. Strategien ble lagt frem for Stortinget som en del av statsbudsjettet for 2007–2008. Et av hovedmålene med strategien har vært å bidra til å gi rehabiliteringsfeltet den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Sentrale budskap er at det må settes inn tilstrekkelig med ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet, og brukermedvirkningen må styrkes. Tjenestene må koordineres bedre, og kommunale, statlige og private tjenester må ses i sammenheng slik at tilbudet blir

helhetlig og sammenhengende. Faglig kvalitet må ivaretas.

St. meld. 47 (2009–2010) *Samhandlingsreformen*, peker på behovet for å klargjøre hva som skal være kommunenes og hva som bør være spesialisthelsetjenestens rolle på rehabiliteringsfeltet. Flere av høringsinstansene til Nasjonal helse- og omsorgsplan har vært enige i at det er behov for en slik gjennomgang, som også vil berøre rollen til de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Det må fremskaffes data om tilbud og behov for habilitering og rehabilitering, spesielt fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det tas sikte på å utvikle gode kvalitetsmål (indikatorer) for resultatet av prosessen.

Tiltak

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å gjennomgå rehabiliteringsfeltet for å avklare hva som skal være kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver, i lys av samhandlingsreformen. Gjennomgangen skal gjøres i samarbeid med kommuner, helseforetak, de private rehabiliteringsinstitusjonene og brukerorganisasjonene.

Ved oppbygging av lokalmedisinske sentre og samarbeid mellom flere kommuner, vil kommunene kunne settes i stand til å ta et større ansvar for habilitering og rehabilitering.

Helse- og omsorgsdepartementet vil gjøre en vurdering av hvordan økonomiske og juridiske virkemidler kan innrettes for å stimulere til ønsket faglig utvikling, herunder om deler av kapasiteten i de private opptreningsinstitusjonene skal knyttes nærmere til kommunene.

Fysioterapitjenesten er en sentral del av den kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Departementet ønsker blant annet at kommunene skal ta større ansvar for innholdet i den avtalebaserte fysioterapitjenesten. For å oppnå dette vil departementet blant annet å vurdere å stille funksjons- og kvalitetskrav til den avtalebaserte fysioterapitjenesten.

Satsingen på forskning om habilitering og rehabilitering i Norges forskningsråd skal videreføres.

Kommuner og helseforetak skal videreutvikle ordningen med koordinerende enhet, og i større grad ta i bruk individuell plan som et verktøy i habilitering og rehabilitering. Arbeidet som utføres av kommunenes syns- og hørselskontakter bør i sterkere grad knyttes til koordinerende enhet i kommunene.

5.8 Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig organisert sektor forankret i fylkeskommunene, og en privat sektor. Privat sektor utgjør drøyt to tredeler av tjenesten og den fylkeskommunale sektoren i underkant av en tredel. Om lag 9 prosent av landets tannleger er tannlegespesialister. De fleste spesialister arbeider i privat sektor. Privat sektor har fri etableringsrett. Tannlegenes priser er ikke regulert. Det er vanskelig for brukere av tannhelsetjenesten å orientere seg om rettigheter, pris og kvalitet.

Fylkeskommunen har ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til barn og unge til og med det året de fyller 20 år, til psykisk utviklingshemmede og eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Tannhelsehjelpen er gratis til disse gruppene, med unntak av 19- og 20-åringer som betaler 25 prosent i egenandel, og personer som er i institusjon i mindre enn tre måneder. Tannhelsehjelpen skal være oppsøkende, og forebyggende tiltak skal prioriteres før behandling. Fylkeskommunene skal også sørge for nødvendig tannhelsehjelp til innsatte i fengsler og til personer i statlig og kommunal rusomsorg.

De aller fleste over 20 år har ikke rettigheter til tannhelsetjenester, og må i utgangspunktet betale alle utgifter selv. Folketrygden gir stønad til delvis dekning av utgifter til nødvendig tannbehandling for spesifikke diagnoser og behandlingsformer.

De fleste tannhelseproblemer kan forebygges. Tannhelsen i befolkningen er blitt betydelig bedre de siste 40 årene. De fleste har god tannhelse og stadig flere har sine egne tenner i alderdommen. Men fortsatt er det mange barn og voksne som har særskilt behov for tannhelsehjelp. Levekårsundersøkelsen for 2008 viser at variasjoner i tannhelse er knyttet til sosiale og økonomiske forhold.

Vi har lite kunnskap om tannhelsen i den voksne befolkningen, og vi vet lite om hva slags tannbehandling som utføres i den private delen av tannhelsetjenesten. Det varierer hvordan samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester ivaretas.

Det er lite forskning og systematisk fagutvikling i den utøvende tannhelsetjenesten. Flere fylkeskommuner har hatt store problemer med å rekruttere tannleger til distriktene. Særlig tannlegespesialister er ulikt fordelt i landet.

De fleste går jevnlig til tannlegen. Personer med lav inntekt og personer med dårlig selvopp-

levd tannhelse, går sjeldnere til tannlege enn de med høy inntekt og/eller selvopplevd god tannhelse. Tre av fem stønadsmottakere oppgir at de ikke har vært hos tannlege de siste 12 månedene.

I levekårsundersøkelsen for 2008 oppgir én av ti personer at de ikke har vært hos tannlege de siste 12 månedene, selv om de opplever å ha behov for slik hjelp. Andelen er størst i aldergruppen 21–24 år (19 prosent) og lavest i aldersgruppen 67 år og eldre (3 prosent). Økonomi oppgis som en hovedgrunn til at de ikke har oppsøkt tannlege. Andre grunner er «ikke tid» og «redd for tannlege».

Fylkeskommunenes driftsutgifter til tannhelsetjenester var om lag 2,6 mrd. kroner i 2009. Dette dekker kostnader til helsefremmende og forebyggende arbeid, oppsøkende tilbud om nødvendig tannhelsehjelp til de som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, tannbehandling til rusmiddelavhengige og til innsatte i fengsler, organisering av tilbud til voksne som selv betaler for behandlingen, og drift av regionale odontologiske kompetansesentre.

I 2009 ble det utbetalt om lag 1,3 mrd. kroner i stønad til tannbehandling. Utgifter til privat tannhelsetjeneste var om lag 7,7 mrd. kroner i 2008, noe som innebærer en økning på 18,8 prosent over fire år. Samlede utgifter til fylkeskommunal tannhelsetjeneste og brutto omsetning i privat tannhelsetjeneste, var over 10 mrd. kroner i 2008. Ca. 1,1 mrd. kroner av disse var stønad fra folketrygden.

Det er bred enighet blant høringsinstansene om at det offentlige tilbudet i større grad må innrettes mot dem som trenger det mest. Videre er det mange som etterlyser et egenandelstak for utgifter til tannbehandling.

Tiltak

Regjeringen vil i oppfølgingen av St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Om fremtidens tannhelsetjenester* prioritere det påbegynte kompetanseløftet i tannhelsesektoren. I tillegg prioriteres tiltak innen forbrukerrettigheter og prispolitikk. Geografisk tilgjengelighet med tilstrekkelig personellressurser, er en forutsetning for å kunne oppnå likeverdighet i tjenestetilbudet og for å redusere sosiale ulikheter i tannhelse. Dette omfatter utdanningskapasitet, effektiv oppgavefordeling og ressursutnyttelse, og utbygging av regionale odontologiske kompetansesentre. Det omfatter også privat sektors deltakelse i å løse offentlige tannhelseoppgaver gjennom avtale med fylkeskommune.

Kunnskapen om befolkningens tannhelse må forbedres og systematiseres. Det må forskes mer på årsaker til dårlig tannhelse og på hvilke tiltak som har størst effekt innen forebygging og behandling.

Tannhelse integreres i det generelle folkehelsearbeidet. Fylkeskommunens rolle styrkes i forslag til folkehelselov.

Regjeringen vil bidra til at det etableres kompetansesentre for tannhelsetjenesten i alle regioner, og bidra til oppbygging av kompetanse, kapasitet og infrastruktur for forskning i tannhelsetjenesten. Det skal vurderes å gi fylkeskommunen et tydeligere ansvar for utdanning, forskning og kunnskapsutvikling og tydeligere ansvar for å ha oversikt over tannhelsen i befolkningen. Videre skal det tilrettelegges for bedre oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. Det skal gjøres ved å utdanne flere tannpleiere og innrette folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling til å gjelde tannbehandling hos tannpleier.

Det skal bli bedre samarbeid mellom tannhelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og andre tjenester. Det skal legges bedre til rette for at den private delen av tannhelsesektoren kan ta del i å løse offentlige tannhelseoppgaver.

Regjeringen har som mål å fremme forslag om å endre bestemmelser i lov om tannhelsetjenesten for å legge til rette for bedre samhandling mellom tannhelsetjenesten og den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

Det skal bli enklere for brukere av tannhelsetjenester å velge behandler ut fra kvalitet og pris, og lettere å kunne ivareta sine rettigheter. Det skal etableres en elektronisk prisopplysningstjeneste/markedsportal for tannbehandling. Det skal vurderes om tannhelsetjenester skal omfattes av pasientombudsordningen.

Fylkeskommunens tannhelsetilbud og folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling, skal ses i sammenheng.

Pasienter i sykehus som har omfattende behov for tannbehandling, skal sikres nødvendig tannhelsehjelp. Det bør inngås samarbeidsavtaler mellom fylkeskommunale tannhelsetjenester og øvrige helse- og omsorgstjenester.

Det skal vurderes hvordan pasienter som har rett til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, skal kunne velge tjenesteyter i privat eller offentlig sektor. Forutsetningen er at behandler har avtale med fylkeskommunen.

Det igangsettes et utredningsarbeid om ulike modeller for finansiering av tannbehandling, inkludert modeller for egenandelstak.

Kapittel



Figur 6.1

6 Fremtidens spesialisthelsetjeneste

Spesialisthelsetjenesten må videreutvikles for å møte fremtidens utfordringer. Nye metoder innebærer at flere tjenester kan desentraliseres, andre tilbud vil kreve ytterligere spesialisering. Teknologisk avansert behandling gjør sykehusene mer avhengige av kostbart og kompetansekrevende utstyr. Samtidig må spesialisthelsetjenesten legge til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nær der de bor. Spesialisthelsetjenesten må utvikle sine tilbud i dialog med kommunene, og få til gjensidig samarbeid.

Mål for perioden

Av Soria Moria II-erklæringen fremgår det at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Dette reiser problemstillinger knyttet til arbeidsdelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men også til arbeidsdelingen mellom sykehus. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus. Det kan bety at enkelte sykehus skal utføre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. I dette arbeidet legges det til grunn at dagens desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes. Det vil blant annet sikre nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus. Ingen lokalsykehus skal legges ned.

Regjeringen vil:

- at foretaksmodellen i spesialisthelsetjenesten videreføres
- styrke fødselsomsorgen og bygge ut differensierte fødetilbud
- fortsette å styrke innsatsen for psykisk helse. Vi vil fullføre omstillingen av psykisk helsevern, styrke arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang, samt videreutvikle trygge oppfølgingsmodeller. Vi vil prioritere tilbudet til barn og unge
- at regionale helseforetak iverksetter tiltak for å redusere ventetidene for behandling.

6.1 Videre utvikling av helseforetaksmodellen

Det fremgår av regjeringens politiske plattform at foretaksmodellen skal videreføres. De regionale helseforetakene skal fungere som redskap for å gjennomføre nasjonal helsepolitikk.

De regionale helseforetakene skal, gjennom sitt sørge-for-ansvar, sikre spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. Sørge-for-ansvaret ivaretas primært gjennom den offentlige helsetjenesten (helseforetakene), men suppleres med kjøp av tjenester fra private aktører. De regionale helseforetakene eier underliggende helseforetak, det vil si somatiske og psykiatriske sykehus og en rekke andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Foretakene er selvstendige rettssubjekter med styrer på regionalt og lokalt nivå. Foretaksmodellen bygger på en kombinasjon av sentralisering og desentralisering. Relativt vide fullmakter er delegert til helseforetakene, samtidig med en overordnet styring på viktige områder. Dette for å sikre at tjenesten utvikler seg i samsvar med nasjonale føringer og innenfor tilgjengelige ressurser.

Helseforetaksreformen fra 1. januar 2002, er basert på to hovedelementer:

- Staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten – det vil si at det offentlige eierskapet ble samlet på statens hånd.
- Virksomhetene ble organisert i foretak. Det vil si at de er egne rettssubjekter og således ikke en integrert del av statlig forvaltning. Helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten, og ligger til grunn for styring av foretakene. Staten er i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten med sektoransvar, finansieringsansvar og eierskapet på en hånd.

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) ble det pekt på som en viktig forutsetning å finne balansen mellom lokal frihet i det enkelte foretak, og nødvendig overordnet statlig styring. Målet med reformen

var blant annet å oppgradere den nasjonale politiske styringsposisjonen.

Det ble forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold, men formelt sett er det ikke begrensninger i eiers rett til å styre.

Helseforetaksloven har noen begrensninger i foretakenes beslutningskompetanse. § 30 slår fast at det er foretaksmøtet i regionalt helseforetak, altså statsråden, som «treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning, eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger.»

Hvilke saker som er av vesentlig betydning, vurderes i den enkelte sak. Eksempler på såkalte § 30-saker kan være endringer i fødetilbud og akuttberedskap. § 31 fastslår at foretaksmøtet skal fatte vedtak om å pantsette eller avhende fast eiendom som overstiger et nærmere bestemt beløp. I vedtektene er det fastsatt til verdier over 10 mill kroner. Salg av sykehusvirksomhet skal, etter § 32, forelegges Stortinget.

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for drift og investeringer i egen region. Virksomhetene skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger i foretaksmøtet, og vilkår knyttet til Stortingets bevilgninger. De regionale helseforetakene skal samordne virksomheten i underliggende helseforetaksgruppe for å oppnå hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse i tråd med de politiske føringene gitt i *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*.

Staten ivaretar eierskapet dels gjennom eierstyring og dels gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, der det stilles vilkår til Stortingets bevilgninger i statsbudsjettet.

Eierstyringen av de regionale helseforetakene skjer gjennom oppnevning av styremedlemmer, fastsetting av vedtekter og vedtak i foretaksmøtet, som er de regionale helseforetakenes øverste organ. Styrene i helseforetakene består av eieroppnevnte styremedlemmer og ansatte, valgte styremedlemmer. Fra 2006 ble det stilt krav om at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skal oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte. Begrunnelsen var å møte innvendinger om lokalt demokratisk underskudd i styringsmodellen. Departementet oppnevner styremedlemmer i de regionale helseforetakene, og de regionale helseforetakene oppnevner styremedlemmer i under-

liggende helseforetak. Fra og med 2003 har foretakenes styremøter vært åpne.

Det er snart ti år siden helseforetaksmodellen ble gjennomført. På grunnlag av de erfaringene som er gjort til nå, vil det bli gjort en gjennomgang med sikte på mulige forbedringer i modellen og tilpasninger/endringer i lovverket, herunder vurdering av styringspraksis, og regional og lokal forankring. Det tas sikte på at gjennomgangen gjøres i denne stortingsperioden.

6.2 Videre utvikling av sykehusene

Nye samfunnsmessige behov har ført til endringer av sykehusstrukturen de siste femti årene. Endringer av infrastruktur som flere og bedre veier, flere tunneler og bedre luft- bil- og båtambulansetjeneste, har gitt nye og bedre forutsetninger for å etablere gode pasientforløp ved akutte tilstander. Sammen med endringer i medisinsk kunnskap og nye behandlingsmetoder, stiller det nye krav til organisering av helsetjenesten. En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn, og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten, også i fremtiden.

Sykehusene er viktige arbeidsplasser. De utgjør en betydelig del av samlet verdiskaping i Norge, og er en betydningsfull del av infrastrukturen i mange kommuner. Organiseringen av sektoren har derfor også betydning for spredning av kompetansearbeidsplasser og regional utvikling.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene, skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Dette skal avklares i gjensidige avtaler mellom den enkelte kommune og helseforetak.

De enkelte sykehusene som ledd i en helhetlig kjede

Gjennom helseforetaksreformen er de regionale helseforetakene gitt et helhetlig sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester i egen region, innenfor de rammer som helseforetaksloven setter. For å oppfylle sørge-for-ansvaret må det etableres en hensiktsmessig sykehusstruktur og en arbeidsdeling mellom sykehus som sikrer målet om likeverdige helsetjenester av god kvalitet.

De lokale helseforetakene er i dag organisert slik at de i hovedsak dekker behovet for spesialisthelsetjenester i sitt opptaksområde, ved bruk av ett eller flere sykehus. I tillegg kommer tjenester

som ytes ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Flere av de regionale helseforetakene har inntektsmodeller som støtter opp under dette, ved at basisbevilgningen fordeles til de enkelte helseforetakene etter behov og kostnader. Tjenester som leveres av andre helseforetak, finansieres ved gjestepasientoppgjør.

I dag preges samarbeidet mellom sykehus til en viss grad av konkurranse og rivalisering, også innenfor samme helseforetak.

Regjeringen ønsker å legge til rette for at en fremtidig sykehusstruktur skal bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus. Utgangspunktet skal være at befolkningen i helseforetakenes opptaksområde, gis et helhetlig og kvalitetsmessig godt spesialisthelsetjenestetilbud, der de enkelte sykehusene har avklart arbeidsfordeling, samarbeider tett og er i god dialog med kommunene. Dette vil legge til rette for helhetlige og sammenhengende pasientforløp og understøtte målene i samhandlingsreformen. En organisering av sykehus som har som mål å gi et helhetlig tjenestetilbud innen et opptaksområde, er ikke til hinder for at pasientene kan utøve sin rett til fritt sykehusvalg.

Målet bør være å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig – for å gi pasientene et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet. Den faglige utviklingen går fortsatt i retning av økt bruk av poliklinikk og dagbehandling. Dette gjør det mulig å desentralisere flere spesialisthelsetjenester.

Pasienter med behov for behandling som bør tilbys bare ett sted i regionen av faglige og ressursmessige grunner, vil få tilbud på regionsykehusnivå. Nasjonale behandlingstjenester skal ivareta det mest spesialiserte tilbudet.

Helseforetaksstrukturen har ført til større grad av samarbeid mellom sykehus. En del steder er det innført gjennomgående organisering, slik at de enkelte avdelingene i sykehusene er deler av felles enheter. Fortsatt kan imidlertid samarbeidet mellom sykehus utvikles videre for å sikre kvalitet, robuste fagmiljøer og helhetlige og gode pasientforløp. Et godt samarbeid forutsetter at helsepersonell ved det enkelte lokalsykehus, ledere, befolkningen og politikere erkjenner at økt samarbeid og helhetstenkning vil bidra til å styrke det lokale tilbudet.

Faglig nettverkssamarbeid mellom sykehus

For å sikre god kompetanse og robusthet i alle ledd i tjenesten, er det nødvendig å etablere og

tydeliggjøre en faglig nettverksfunksjon i helseforetakene. Det innebærer at alle enheter har felles faglig ansvar for det samlede tilbudet innenfor de enkelte fagområdene, og at fagressursene på de ulike områdene ses i sammenheng. Det vil være naturlig at sykehusene som har mest ressurser og bredest fagmiljø, får et særskilt ansvar for å støtte opp om og bidra til robusthet og høy faglig kvalitet ved de mindre sykehusene. Det kan skje gjennom felles fagmiljøer, felles faglige retningslinjer, rotasjons- og hospiteringsordninger, felles utdanningsprogrammer samt rådgivings- og «bakvakt»-ordninger. Moderne informasjonsteknologi med elektronisk overføring av bilder og prøvesvar, telemedisin og felles beslutningsstøttesystemer på nett, vil være avgjørende for en slik faglig nettverksfunksjon.

Å etablere felles kultur og samhørighet mellom fagpersoner ved ulike enheter, kan være krevende. Fra pasientens ståsted vil det ha stor betydning at fagmiljøene samarbeider og at faglige prosedyrer er felles. Dette vil i stor grad bidra til at tilbudet oppleves som helhetlig. Å etablere felles kultur og samhandling mellom ulike fagpersoner og den administrative ledelsen, er også viktig. Enkelte sykehus har lyktes med dette gjennom å beholde lokal administrativ ledelse.

Lokalsykehusene – det nære sykehusstilbudet

Sykehusstrukturen og innholdet i lokalsykehus har endret seg over tid som følge av endringer i samferdsel og kommunikasjon, bosettingsmønstre og faglig utvikling. Økt spesialisering i sykehusene påvirker funksjonsdelingen mellom sykehusene. Behovet for nære sykehus tjenester vil være annerledes i områder hvor en stor del av befolkningen er eldre og antall fødsler er lavt, i forhold til store byer med en ung befolkning og høye fødselstall. Derfor må geografi, avstander og tilgjengelighet også legges til grunn.

Endringer i sykdomsforekomst og kunnskap har ført til at mange pasienter skal behandles ved et fåtall institusjoner. Et eksempel kan være behandling ved akutt sykdom (for eksempel hjerteinfarkt). Et annet eksempel kan være at forekomsten av akutt sykdom er redusert (for eksempel blødende magesår). Samtidig er nærhet til tilbudet av betydning ved en del tilstander der tidsfaktoren er kritisk. Et eksempel er behandling av hjerneslag, som kan startes ved lokalsykehus når det er stilt en korrekt diagnose. Lokalsykehuset er vårt nærmeste sykehusstilbud. I dag utgjør lokalsykehuspasientene 60-75 prosent av pasientene i alle norske sykehus og ca 60 prosent av

pasientene som legges inn, har akutt hjelpebehov innen 24 timer. Lokalsykehusene må derfor ha en tydelig plass i behandlingsskjeder der de bidrar til god og helhetlig behandling.

I netthøringen *Fremtidens helsetjeneste – trygghet for alle* har det kommet innspill om at alle lokalsykehus bør ha akuttkirurgi og fødeavdeling. Det er imidlertid i dag flere lokalsykehus som har begrenset døgn- og akutttilbud, men som har et bredt spesialisthelsetjenestetilbud, og som oppfattes som lokalsykehus i sitt nærmiljø. Krav til innhold i lokalsykehus bør ta utgangspunkt i bredden av tilbud lokalsykehuset gir til befolkningen. Tilbudet bør være bredere enn det mange lokalsykehus gir i dag. Lokalsykehusene skal rette tilbudet inn mot de store pasientgruppene som bør og kan få sitt spesialisthelsetjenestetilbud i nærmiljøet.

Regjeringen foreslår at lokalsykehus minst skal inneholde følgende:

- Tilbud om døgnbehandling innen spesialisthelsetjenesten. Dette vil skille lokalsykehus fra lokalmedisinsk senter der døgnplassene er forankret i kommunehelsetjenesten. Døgnbehandling innen spesialisthelsetjenesten forutsetter at det er spesialister med nødvendig breddekompetanse tilgjengelig på døgnbasis.
- Et bredt tilbud av dagtjenester, for eksempel dagkirurgi, nevrologi, øye- og øre-nese-halsykdommer, barnesykdommer, hudsykdommer, revmatiske sykdommer, kreftsykdommer, gynekologi og jordmortjenester, samt lærings- og mestringsaktiviteter.
- Tilgang til nødvendig kompetanse for rask og effektiv diagnostikk. Diagnostisk utstyr som radiologi og laboratorietjenester skal være tilgjengelig, som hovedregel på døgnbasis. Det vil ofte være hensiktsmessig at fagmiljøer ved lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus, samarbeider om diagnostiske utredninger. Et godt fungerende faglig nettverk vil gi grunnlag for «bakvaktordninger» via telemedisin, sentralisert tolking av røntgen/CT/MR osv.
- Akuttfunksjonene må tilpasses befolkningsstørrelsen i opptaksområdet samt avstander og kommunikasjoner. Akutttilbudet må videre tilpasses lokale forhold, herunder samarbeid med kommuner om legevakt og felles akuttmottak. Det er et overordnet mål at helsetilbudet skal være likeverdig i ulike deler av landet. Lokalsykehusene må kunne ta hånd om og stabilisere og/eller videretransportere pasienter som henvises til sykehuset med akutte lidelser, og bidra til riktige behandlingsforløp. Lokalsykehus med akuttfunksjon må som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap, samt kom-

petanse til å utføre enklere kirurgiske prosedyrer på døgnbasis. Lokalsykehus i områder med lange avstander eller vanskelige kommunikasjonsforhold, har et særlig behov for å kunne håndtere akutte tilstander.

- Nærhet til føde- og barselomsorg er viktig. Lokalsykehus med lang avstand til fødeavdeling, hvor det ikke er aktuelt med fødeavdeling eller fødestue, skal som minimum ha tilgjengelig jordmortjeneste på døgnbasis for følgetjeneste, samt et barseltilbud. Disse sykehusene må ha mulighet for å forløse lokalt når fødselen er langt fremskredet, gynekologtilbud på dagtid samt tilgjengelig bil- og luftambulansse.
- Det skal stilles samme krav til lokalsykehus som til større sykehus når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet.

Det skal iverksettes et arbeid med formål å fastsette en minstestandard for hva som kan anses som sykehus. Standarden forskriftsfestes med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a siste ledd, jf. § 4-1.

Utdanning og kompetanse tilpasset lokalsykehusenes behov

Gjennom fordeling av legestillinger og tilrettelegging av effektive utdanningsløp, har regionale helseforetak ansvar for at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. I oppdragsdokumentet bes de regionale helseforetakene om å legge til rette for å sikre breddekompetanse, særlig ved mindre sykehus, og om å ha særskilt oppmerksomhet på legestillinger som kan styrke utvikling av lokalsykehus og samhandling med kommunene.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å etablere et forsøk med videreutdanning (kompetanseområde) i akuttmedisin for leger og sykepleiere, tilpasset behovene ved mindre lokalsykehus. Forsøket skal blant annet vurdere hvordan sykepleiere med videreutdanning i anestesi, kan utnytte og videreutvikle sin kompetanse for å styrke akuttberedskapen på lokalsykehuset.

6.3 Ny kunnskap og teknologi

Nye metoder fører til økt spesialisering, og teknologisk avansert behandling gjør sykehusene mer avhengige av kostbart og kompetansekrevende utstyr. Sykehusene blir innrettet mot å gi effektiv, målrettet behandling. I tråd med signaler i oppdragsdokumentene er utstyrs-krevende/investeringstung/kompetansetung behandling sentrali-

sert eller funksjonsfordelt til færre sykehus. Det gjelder for eksempel en del av kreftkirurgien, karkirurgien, intervensjonsradiologien, traumatologien og den mest avanserte delen av nyfødtebehandling.

Ny spesialisert medisinsk kunnskap og teknologi og behovet for sterke fagmiljøer, påvirker utviklingen i sykehusmedisin. Eksempler er behandling av hjerteinfarkt og slagpasienter. Det er viktig å understreke at forsvarlighet og kvalitet er viktige bærebjelker, sammen med gode og likeverdige helsetjenester.

Det pågår et arbeid i departementet med beslutningsprosesser for innføring av ny og kostbar teknologi og kostbare legemidler, for å etablere en mer enhetlig praksis i de regionale helseforetakene. Et nytt styringssystem for organisering av nasjonale behandlingstjenester trådte i kraft 1. januar 2011. Det utredes i tillegg muligheter for et nordisk samarbeid om utprøvende behandling (kliniske studier). Det bør også utredes muligheter for formaliserte systemer for nordisk og internasjonalt samarbeid om høyspesialisert og/eller kostbar behandling, som inkluderer oppgavefordeling.

6.4 Regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Ved behandlingen av St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet* sluttet Stortinget seg til forslag om at regionale helseforetak ble pålagt å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen, sammen med berørte kommuner. Planen skulle også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Departementet presiserte at det skulle sikres god lokal forankring i prosessen, og at planene skulle være i samsvar med regjeringens politikk. Det ble understreket at de lokale prosesser som skulle gjennomføres, måtte ha bred deltakelse fra brukere, ansatte representanter og lokale politiske myndigheter. Planene skulle godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner

Stortinget sluttet seg til forslag i meldingen om at inndeling i kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue basert på fødselstall, erstattes av kvalitetskrav utarbeidet av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødselsomsorgen (Veileder IS-1877) omfatter krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, herunder

krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon. Det anbefales to kategorier fødestuer; fødestue utenfor sykehus og fødestuer i sykehus. Helsedirektoratet finner det ikke tilrådelig å støtte etablering eller fortsatt drift av eksisterende forsterkede fødestuer. Veilederen påpeker behovet for å gjøre fagmiljøet ved fødeavdelingene mer robuste, og anbefaler at de minste fødeavdelingene bør vurderes omgjort til fødestuer.

Kvalitetskravene inneholder strenge kriterier for seleksjon av kvinner med risikosvangerskap/fødsel, med sikkerhet, kvalitet og forsvarlighet som begrunnelse. Det vil medføre at kvinner som blir vurdert til å ha risikofaktorer i svangerskapet eller ved fødselen, enkelte steder må påregne lengre reisevei for å føde, enn friske kvinner med forventet normal fødsel. Det vil også medføre at andelen kvinner som henvises til større avdelinger, vil øke. Veilederen omfatter egne kvalitetskrav til jordmorstyrte fødestuer, fødeavdelinger og fødeklinikker. Kvalitetskrav til de store fødeavdelingene og fødeklinikkene omhandler blant annet krav om tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødselen. Dette er et viktig krav som er av stor betydning for den fødende.

Veilederen anbefaler at faste spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger, at faste vikarer må beherske norsk eller annet skandinavisk språk, og at samarbeidsløsninger og nettverkløsninger med nærliggende fødeinstitusjoner, bør vurderes. Virksomheten har et løpende ansvar for å sikre at de ansatte til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse til å løse de oppgavene virksomheten har ansvar for.

Oppfølging av kravene i veilederen vil måtte skje som utviklingspregede prosesser som går over tid. Videre vil ulike lokale forhold skape ulik tilpasning i den endelige utformingen av tilbudene. Kravene til kvalitet, herunder pasientsikkerhet, skal imidlertid være de samme over hele landet.

6.5 Spesialisthelsetjenester utenfor sykehus

En viktig forutsetning for samhandlingsreformen er at spesialisthelsetjenesten må videreutvikles i takt med kommunehelsetjenestens nye rolle og ansvar. Tilbud i spesialisthelsetjenesten må videreutvikles for å understøtte kommunehelsetjenestens behandling av enkelte pasientgrupper. Eksempler på slike endringer er etablering av behandlingsskjeder for hyppige tilstander, og vide-

reutvikling av tilbud i spesialisthelsetjenesten for å understøtte primærhelsetjenestens behandling av enkelte pasientgrupper. Slike tiltak krever dialog og drøfting mellom helseforetak og kommuner.

Spesialisthelsetjenesten vil også måtte utvikle sin desentraliserte rolle. Flere steder i landet er det desentraliserte spesialisthelsetjenester i lokalmedisinske sentre, samlokalisert med kommunale helsetilbud (se kapittel 5).

Begrepet lokalmedisinsk senter brukes om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Lokalmedisinske sentre kan ha spesialisthelsetjenestetilbud innen en rekke fagområder som poliklinikk eller dagbehandling. De kan ha tilknyttet legespesialist som ambulerer mellom desentralisert poliklinikk og sykehusavdeling, eller avtalespesialist med egen praksis.

Avtalespesialistene er viktige bidragsytere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten, og bidrar til økt tilgjengelighet til helsetjenesten. Det er variasjoner mellom helseregionene i hvor stor andel av pasientene som behandles hos avtalespesialister, i forhold til poliklinikk. Befolkningen i Helse Sør-Øst brukte avtalespesialistene i større grad enn de andre regionene. Forbruket av avtalespesialister var lavest i Helse Nord. Dette har sammenheng med den geografiske fordelingen av avtalespesialistene. Avtalespesialistene er viktige som et alternativ og supplement til sykehusenes poliklinikk.

Med utvikling av det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet må helseforetak vurdere når det er hensiktsmessig å bruke avtalespesialister eller ambulerende spesialister for å ivareta befolkningens behov for polikliniske tilbud lokalt. Etter dagens avtaleverk er ambulerende leger basert på frivillighet. En av høringsinstansene har påpekt at avtaleverket kan være et hinder for fleksibel bruk av personell. Det vises til at samhandlingsreformen krever større mobilitet og nye måter å organisere arbeidet på, både med hensyn til arbeidssted og arbeidstid.

Utviklingen av moderne teknologi (IKT, utstyr mm.) har brakt behandlingen helt ut til pasientenes hjem, en trend som trolig vil øke i årene som kommer. Hjemmebehandling av alvorlig syke barn ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sykehus, er et eksempel på en slik utvikling. Hjemmedialyse er et annet eksempel på hvordan teknologi kan bringe behandlingen hjem til pasienten. Slik hjemmebehandling er gunstig for pasi-

entens hverdag og for sykehusets ressursbruk. Pasienten kan utføre dialysen når det passer, og sykehuset får bedre plass til pasienter som fortsatt trenger dialyse ved sykehuset.

Departementet har i oppdragsdokumentet bedt de regionale helseforetakene om å kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekt som erstatter dagens behandling i sykehus. Utbyggingen av lokalmedisinske sentre eller andre kommunale tilbud, kan komme i tillegg til, og ikke til erstatning for lokalsykehusene. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner om lokalmedisinske sentre, vil bli spesifisert i avtaleverket mellom kommuner og helseforetak, for å sikre god oppgavedeling mellom lokalsykehus og lokalmedisinske sentre.

6.6 Psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige

For å sikre bedre tilgjengelighet til tjenestene og bedre utnyttelse av ressursene, er det nødvendig å fullføre omstillingsprosessen innen psykisk helsevern, som ble satt i gang i under opptrappingsplanen for psykisk helse. Erfaringer fra Norge og andre land peker på at behovet for kostbare døgnplasser kan reduseres ved å utvikle gode lokale tjenester, som også er bedre for brukerne (boks 6.1)

De siste fem årene er antall døgnplasser i psykiatriske sykehus redusert med ca 100 per år. Norge har fortsatt mer en dobbelt så mange døgnplasser som England i forhold til innbyggertall, og vesentlig flere enn for eksempel Sverige, Danmark og Finland.

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) skal være et tydelig forankringspunkt i det helhetlige behandlingstilbudet på spesialistnivå. Utviklingen av gode akuttfunksjoner og en tydelig plass for DPS i den akuttmedisinske kjeden, er viktig for å nå dette målet. Dette vil sette DPSene i stand til å ivareta beredskap over en større del av døgnet, og føre til bedre tilgjengelighet og økt trygghet hos brukere, pårørende og i det lokale hjelpeapparatet. I den videre utviklingen av tilbudet er polikliniske tjenester, ambulante funksjoner og tilbud om brukerstyrte plasser, sentrale elementer. Distriktpsikiatriske sentre skal støtte kommunene i deres arbeid, slik at man kan utsette eller hindre innleggelser. Det forutsettes at sykehusene skal ha god kapasitet og kvalitet på gjenværende sykehusfunksjoner, med spesiell oppmerksomhet på akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri.

Boks 6.1 Ambulant behandling i hjemmet

I Norge er det etablert ca 150 ambulante team de siste fem årene innen psykisk helse og rusområdet. Det er foreløpig lagt relativt større vekt på akuttfunksjonene og mindre vekt på hjemmebehandling. I 2011 skal status for teamene oppsummeres og organisering av ambulante team vurderes. Det antas at utvikling av hjemmetilbud kan være interessant å vurdere, i alle fall i tettbygde strøk.

«Crisis resolution and home treatment team» er blitt en sentral del av det lokale tjenestetilbudet i England, blant annet innen psykisk helse. Teamene utreder og vurderer risiko og bidrar med rask hjelp. De driver også observasjon, behandling og oppfølging når det trengs, og gir støtte og råd til brukere og pårørende. Arbeids-

måten bidrar til å forebygge innleggelser og åpner for raskere utskrivning. Sosiale og etniske aspekter fanges lettere opp, og tvangsbruken går ned når pasienten slipper innleggelse. En viktig erfaring fra England er betydelig redusert press på sykehusavdelingene. Ressursene kan utnyttes bedre og samlede kostnader synker.

I England er tjenesten etablert som en del av National Health Service (NHS). I Norge er det antakelig mest aktuelt å etablere slike team som samarbeidsprosjekter mellom kommune og helseforetak, i likhet med forsøkene med ACT-team og andre samhandlingsmodeller. I England er det lagt stor vekt på at alle henvisninger skal gå til disse teamene, slik at de også kan ha en «portvaktrolle» ved mulig innleggelse.

De alderspsykiatriske poliklinikkene bør samarbeide med DPS. Det bør vurderes å opprette ambulante alderspsykiatriske team som nære samarbeidspartnere for fastlege og kommune.

Bruken av tvang i det psykiske helsevernet skal reduseres, og det er blant annet vedtatt en nasjonal strategi som skal ivareta dette. I tillegg gjennomgår et offentlig utvalg bestemmelsene om bruk av tvang i psykisk helsevern. Utvalget skal avgjøre innstilling våren 2011.

Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) for barn og unge skal gjennomgås av Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale helseforetakene. Dette for å sikre best mulig bruk av ressurser, riktig prioritering, gode arbeidsmåter, tilgjengelighet, faglighet, samt arbeidsdeling.

Tilbudene til rusmiddelavhengige er blitt styrket betydelig kvalitativt og kvantitativt siden rusreformen i 2004. Samtidig har det vært betydelig økning i antall nyhenvisninger for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Dette har blant annet medført at ventetidene de seneste årene har økt og andel brudd på behandlingsfristene har vært høy. Tiltak for å redusere ventetid og fristbrudd omtales i avsnitt 6.8.

I tråd med målene i samhandlingsreformen bør det utvikles mer lokalbaserte tjenester for rusmiddelavhengige. Avtaler mellom kommuner og helseforetak vil legge til rette for helhetlige, sammensatte og sammenhengende behandlingsskjeder. I tillegg vil det være nødvendig at strukturen og organiseringen av tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengig-

het, i større grad tilpasses strukturen og organiseringen av tjenestene i den øvrige spesialisthelsetjenesten – og da i første rekke det psykiske helsevernet. Dette ikke minst fordi en betydelig andel rusmiddelavhengige har sammensatte lidelser, og da i særlig grad psykiske lidelser.

6.7 Prehospitale tjenester

De prehospitale tjenestene består av fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen, nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentral), bil-, båt- og luftambulansetjeneste. Kommuner og helseforetak har felles ansvar for å sikre befolkningen et godt akuttmedisinsk tilbud.

De regionale helseforetakene har ansvar for AMK-sentralene (akuttmedisinske kommunikasjonsentraler) samt bil-, båt og luftambulansetjenesten. Kommunene har ansvar for legevakt, pleie- og omsorgstjenesten samt kommunal legevaktsentral. Flere høringsinstanser har påpekt at pleie- og omsorgstjenesten yter viktig akuttmedisinsk hjelp til befolkningen og at det er et betydelig potensial for videreutvikling, i samarbeid med de øvrige aktørene i den akuttmedisinske kjeden.

Det er et grunnleggende prinsipp at hele befolkningen skal ha tillit til at de får kompetent hjelp når de trenger det i akutte situasjoner. Samling av spesialiserte akuttilbud ved færre sykehus, større legevaktdistrikter og færre og større ambulansestasjoner, har vært nødvendig for å sikre kvalitet og kompetanse i alle ledd i den akuttmedisin-

Boks 6.2 Trygg akuttberedskap – tverrfaglig samarbeid

I Bjarkøy kommune i Troms er det utviklet en modell for å sikre det akuttmedisinske tilbudet til innbyggerne. Kommunen er en av Norges minste. De knapt 500 innbyggerne bor på fire øyer. Ingen har fastlandsforbindelse og det er lang transporttid til nærmeste sykehus og legevaktsentral.

I 2000 ble det innført en ny desentralisert behandling for akutt hjerteinfarkt i Helse Nord. Alle kommunene i Troms og Finnmark og de fleste i Nordland fikk nytt akuttmedisinsk utstyr fra Helse Nord. Det fulgte med en opplæringspakke i avansert hjerte-lunge-redning og tidlig behandling av akutt hjerteinfarkt med prehospital trombolytisk behandling.

Bjarkøy kommune valgte å organisere det lokale helsepersonellet i en egen akuttgruppe.

Sykepleiere fra pleie- og omsorgstjenesten, lege-sekretærer, helsesøstre og kommuneleger var med i akuttgruppen. Gruppen har opplæring og praktiske fellesøvelser i to timer hver sjette uke. På den måten holder de seg faglig oppdatert. Ambulansepersonell fra Universitetssykehuset i Nord Norge er med på øvelsene.

En undersøkelse blant samtlige kommuner i Troms og Finnmark i 2008, viste at bare én av fire kommuner trener akuttmedisinske prosedyrer sammen med ambulansepersonell. Undersøkelsen bekrefter at ansatte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er en ubrukt ressurs ved akuttmedisinske hendelser i mange distrikter.

ske kjeden. Samtidig kan dette gi utfordringer når det gjelder å sikre nødvendig nærhet til akutte tjenester. For å sikre et helhetlig og likeverdig tilbud, må kommuner og helseforetak i større grad samarbeide om utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene, slik at tilbudet samlet sett blir tilgjengelig nok og av god kvalitet. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak bør ivareta dette. Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, stiller krav om at det i organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette for at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling. Etablering og trening sammen med lokale akuttmedisinske team, kan ha stor betydning for lokal akuttberedskap.

Det er viktig at den som melder behov for bistand i en nødssituasjon, kommer til en nødssentral som så raskt og effektivt som mulig oppfatter og er i stand til å håndtere den aktuelle nødssituasjonen. Når rask respons er nødvendig, må tiltak iverksettes med minst mulig spill av tid. Det gjelder både ved mottak av melding, veiledning av innringer og ved iverksetting av tiltak.

Regjeringen ønsker å sikre befolkningen likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten. De regionale helseforetakene er derfor bedt om å iverksette tiltak som sikrer likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten for funksjonshemmede, minoritetspråklige og den samiske befolkningen. De regionale helseforetakene samarbeider med Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) om å utvikle en SMS-

tjeneste som sikrer døve tilgang til nødmeldetjenesten. Samtidig arbeider KoKom med en mer helhetlig teknologisk løsning for andre grupper med nedsatt funksjonsevne. En rapportering fra de regionale helseforetakene viser at det arbeides kontinuerlig med kompetanseutvikling for AMK-operatørene. KoKom arbeider også med å utvikle en kompetanseplan for AMK- og legevaktoperatører som skal ferdigstilles i løpet av første halvår 2011. Denne vil også omhandle språk- og kulturkompetanse. Utvikling av elektroniske beslutningsstøttesystemer kan bidra ytterligere til å øke kvaliteten i nødmeldetjenesten.

Anrop om helsehjelp utgjør en stor andel av anropene til dagens nødmeldesentraler. Erfaring viser at samarbeidet mellom nødmeldesentralene og nødetatene (brann, helse og politi) kan forbedres. En interdepartemental arbeidsgruppe la frem rapporten *Forslag til fremtidig organisering av nødmeldetjenesten* i juni 2009. Rapporten var på bred høring høsten 2009. Saken vil bli forelagt Stortinget på egnet måte.

Ambulansetjenesten spiller en viktig rolle i å sikre befolkningen tilgang til akuttmedisinske tjenester. Tjenesten må dimensjoneres for å møte utviklingen i det øvrige tilbudet. Endringer i akuttfunksjoner ved sykehus og sammenslåing av legevaktsdistrikter, må ikke skje uten at helseforetak og kommuner har vurdert konsekvensene for luft-, bil- og båtambulansetjenesten (se kapittel 9).

Akuttinnleggelse kan oppleves som en stor belastning for mennesker med psykiske lidelser.

De regionale helseforetakene skal sørge for gode og verdige transportordninger for mennesker med psykiske lidelser, slik at bruk av tvang og politi reduseres til et minimum. Ambulansetjenesten rykker ofte ut til personer med rusmiddelavhengighet som har tatt en overdose. Det er viktig at tjenesten har kompetanse og erfaring i å behandle disse pasientene på en god og respektfull måte. Rusmiddelavhengige skal sikres god oppfølging etter overdose, i samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet.

Etablering av ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) er et sentralt tiltak for å nå raskt ut med riktig kompetanse i akutte situasjoner. Teamene må sørge for å ha transport tilgjengelig, når det er behov for innleggelse ved DPS eller i akuttavdeling ved sykehus.

Det er nødvendig å utvikle og definere nasjonale kvalitetsmål og etablere systemer for innrapportering av drifts- og kvalitetsdata, for å legge grunnlag for en systematisk og helhetlig gjennomgang av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Regjeringen arbeider for å etablere et nasjonalt system for rapportering og bearbeiding av data fra den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Det er iverksatt arbeid nasjonalt og regionalt for å få på plass dette. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vil i juni 2011, levere et første datasett med informasjon fra AMK-sentralene. Det pågår også et arbeid for å innarbeide data fra ambulansetjenesten i helseforetakenes pasientadministrative systemer, som grunnlag for rapportering til Nasjonalt pasientregister (NPR).

Etablering av et nytt landsdekkende nødsamband gir et avlyttingssikkert kommunikasjonssystem i helsetjenesten og i kommunikasjon med de to andre nødetatene – brann og politi. Gjennom digitalt nødsamband kan helsepersonellet som er hos pasienten, kommunisere med lege i vakt og eventuelt andre aktører, slik at pasienten får riktig helsehjelp og ressursene brukes best mulig. I høringen til *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* er det flere som påpeker viktigheten av at det legges til rette for bruk av det nye nødnettet. Nødnettet er planlagt bygget ut i to trinn. Det første trinnet omfatter seks politidistrikter rundt Oslofjorden. Østfold er det første området hvor alle tre nødetatene er samlet i det nye nødsambandet. Trinn I skal evalueres før en eventuell landsdekkende utbygging blir forelagt Stortinget.

6.8 Tilgjengelighet, fristbrudd og prioritering

De siste årene har det vært en sterk aktivitetsøkning i sykehusene. Om lag 70 prosent av alle døgnopphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp. Disse pasientene kommer til utredning eller behandling uten å stå på venteliste. Samtidig opplever mange pasienter for lange ventetider ved behandling. Med ventetid til behandling menes i hovedsak ventetid før pasienten kommer til poliklinisk utredning eller behandling. 80-85 prosent av pasientene som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten, venter på en poliklinisk utredning.

Å bedre tilgjengeligheten har vært sentralt i opptrappingsplanene for psykisk helse og rusfeltet. Lovfesting av barn og unges rett til vurdering av henvisning innen ti dager, og rett til utredning/behandling innen 65 dager, har bidratt til en positiv utvikling i ventetider på dette området.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2011 uttrykkes det en klar forventning om at ventetidene må reduseres også på andre fagområder. Aktuelle tiltak kan være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører, der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Fra 2011 stiller departementet krav om månedlig rapportering og oppfølging av ventelistetall, basert på tall fra Norsk pasientregister.

I 2010 la Helsetilsynet frem en rapport om risikofaktorer i helseforetakenes kontakt med kreftpasienter under utredning og behandling. Rapporten konkluderer med at den viktigste risikofaktoren i kreftbehandling antas å være forsinkelse i diagnostisering på ulike nivåer. Gode pasientforløp er viktig for å unngå unødig venting. Departementet har, i oppdragsdokumentet for 2011, signalisert en videre utvikling av kreftområdet med utgangspunkt i risikoområdene som er skissert i rapporten.

Ventetidene varierer mellom fagområder og mellom helseforetakene. I 2001 ble ordningen med fritt sykehusvalg innført. Den innebærer at pasienter selv kan velge ved hvilket sykehus de vil ha behandling. Fritt sykehusvalg er et viktig tiltak for å sikre bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten i helsetjenesten.

Prioriteringsforskriften skal sikre lik prioritering blant dem som venter på behandling. Når spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning, skal det vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, skal få fastsatt en individuell frist

for når han senest skal få behandling eller utredning.

Det har vært krevende for spesialisthelsetjenesten å innføre ordningen med tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. I flere rapporter fra Norsk pasientregister er det vist til at det er store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder rettighetstildeling. Helsedirektoratet har utarbeidet 32 prioriteringsveiledere som skal bidra til jevnere rettighetstildeling ved helseforetakene.

Andelen fristbrudd i spesialisthelsetjenesten varierer mellom helseforetak og mellom fagområder. Fristbrudd for rettighetspasienter kan ikke aksepteres. Departementet har presisert helseforetakenes plikt til informasjon og forsvarlig behandling, der helseforetakene ser at frist for behandling er brutt. Helsedirektoratet har utarbeidet flere tiltak som de regionale helseforetakene er bedt om å ta i bruk.

Departementet er opptatt av at regelverket skal understøtte og bidra til gode pasientforløp. I forbindelse med høring av forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ble høringsinstansene invitert til å komme med synspunkter på om regelverket bør endres slik at det understøtter pasientforløp på en bedre måte. En høringsinstans uttalte at det kan være hensiktsmessig å forkorte fristen for vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det vises blant annet til at dette vil gi et bedre tilbud til pasienten og en mer effektiv

drift. Departementet ser at det kan være behov for å se nærmere på bestemmelsene i pasientrettighetsloven, og vil vurdere hvordan dette skal følges opp.

6.9 Kvalitet i anskaffelsesprosesser

De regionale helseforetakene og helseforetakenes anskaffelser er omfattende, og har stor samfunnsbetydning. De regionale helseforetakenes kjøp av helsetjenester har stor betydning for ideelle institusjoners situasjon og for tjenestetilbudet til befolkningen. Det legges til grunn at de regionale helseforetakene lærer av erfaringer ved gjennomføring av anskaffelser av helsetjenester, til bruk ved fremtidige anskaffelser.

Det forutsettes at de regionale helseforetakene gjennomfører ekstern evaluering av sine anskaffelser av helsetjenester. Evalueringene må omfatte hele anskaffelsesprosessen. De skal blant annet omfatte konsekvenser for pasienttilbudet når det gjelder kontinuitet, geografisk tilgjengelighet, bredde og mangfold, og evne til fornyelse og utvikling. Evalueringene bør også se på anskaffelsen fra et leverandørperspektiv, blant annet forutsigbarhet, ryddighet og profesjonalitet, samt anskaffelsenes konsekvenser for fremtidig konkurransesituasjon.

Kapittel



Figur 7.1

7 Fremtidens pasient- og brukerrolle

Pasient- og brukerrollen er i stadig utvikling. Tradisjonelt har pasienter og brukere hatt liten innflytelse over tjenestene de mottar og over egen behandling. Pasientrettighetsloven beskriver pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp, og retten til informasjon.

En rekke frivillige organisasjoner har helse som arbeidsfelt, og deres arbeid omfatter støtte til forskning og tiltak innen helsefremmende og forebyggende arbeid, behandling og rehabilitering. Frivillige organisasjoner og private aktører spiller en viktig rolle som pådrivere for tjenesteutvikling og behandlingstilbud, og bidrar med kunnskap til både brukere, beslutningstakere og tjenesteutøvere.

Mål for perioden

Pasienter, brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg, og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet. Befolkningen skal ha likeverdige helse- og omsorgstilbud uavhengig av språklig og kulturell bakgrunn. Tiltak som støtter opp om den enkeltes trygghet og mestring, spesielt i kommunene, skal videreutvikles. Pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner skal være viktige samarbeidspartnere for folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenesten, og bidra med sine erfaringer i utvikling av tiltak.

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger alle kommuner å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Enheten skal være kontaktpunkt for samarbeid og et sted å henvende seg for brukere og pårørende. Enheten skal ha overordnet ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer, og sørge for at brukere og pårørende bidrar i utforming av planen.

Brukerne skal delta mer aktivt i utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og handlingsplaner. Disse skal inneholde beskrivelser og måltall på gode pasientforløp. Det er viktig med forutsigbarhet for frivillige organisasjoner og private aktører, som er et supplement til det offentlige tjenestetilbudet. Samarbeidet med frivillige organisasjoner i regi av partnerskap for folkehelse, skal videre-

utvikles. Offentlige aktører og frivillige organisasjonens roller og ansvar skal avklares.

7.1 Brukermedvirkning og pasientforløp

Brukermedvirkning vil si å sette brukerens behov i sentrum. Det gjelder særlig når brukeren benytter offentlige tjenester, spesielt innen helse, sosial, arbeid og trygd. Brukerne skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Kommunen skal fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Graden av mestring i hverdagen avhenger av den enkeltes mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en meningsfylt tilværelse. For at kommunene skal kunne hjelpe folk til å mestre hverdagen, må brukerne i større grad medvirke i tjenesteytingen. Det er viktig å legge til rette for reell brukermedvirkning for alle – også for barn.

Det er holdepunkter for at det å ha et stabilt forhold til helsepersonell over tid (for eksempel fastlegen), er viktig for helse og mestring. Det bidrar også til å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp-tjenester og innleggelse i sykehus.

Stadig flere bruker internett, e-post, SMS, Facebook og andre sosiale medier, for å få informasjon om egen sykdom, alternative behandlingsformer og kontakt med andre i samme situasjon. Gode informasjonstjenester kan bidra til at pasienter og brukere treffer valg som fremmer helse og mestring og øker mulighetene for egenomsorg. Denne måten å skaffe seg informasjon på gir helsetjenesten nye utfordringer: Informasjonen som brukeren leter frem, er ikke alltid kvalitetssikret.

Gode, kvalitetssikrede informasjonstjenester kan bidra til at pasienter og brukere treffer valg som fremmer helse og mestring og øker mulighetene for egenomsorg. Helsetjenesten må legge til rette for at pasienter, brukere og pårørende lett kan få tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon

på nettet – etter hvert også elektronisk dialog med helsetjenesten og tilgang til egne data.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning på systemnivå

Brukermedvirkning på systemnivå er samhandling mellom en etat (kommune, sykehus) og organisasjoner som representerer brukere i etaten. Brukerorganisasjonene skal ivareta brukernes interesser og bruke deres erfaringer i folkehelsearbeidet og i arbeidet med å utvikle gode helse- og omsorgstjenester. Viktige arenaer er møter, høringer og prosjekter.

Det har vært en positiv utvikling i brukermedvirkningen på systemnivå. Det er viktig å videreutvikle dette arbeidet og involvere pasienter og brukere i diskusjonen om organisering og strukturelle endringer. Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organiseringen av det psykiske helsevernet. I *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007–2010)* er økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende, et viktig innsatsområde.

Pasienter og brukere skal i større grad trekkes med arbeidet med å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Brukermedvirkning i helseforetak

Brukermedvirkning er et av fem satsingsområder i de regionale helseforetakenes nasjonale strategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helseforetakene har som mål å utvikle strategier for brukermedvirkning på alle tjenesteområder.

Representanter for kronisk syke og funksjonshemmede, eldre og organisasjoner for rusmiddelbrukere og deres pårørende, deltar i brukerutvalgene i helseforetakene. Noen helseforetak har egne brukerutvalg for psykisk helsevern. Helse Midt-Norge RHF har en egen strategi for brukermedvirkning, og Helse Sør-Øst RHF har utviklet prinsipper for brukermedvirkning.

Ved noen av landets distriktpsykiatriske sentre er det opprettet brukerråd som bindeledd mellom pasienter og fagpersoner. Det kan vurderes å opprette brukerråd ved alle distriktpsykiatriske sentre.

Brukermedvirkning i kommuner

Brukermedvirkning er nedfelt i lov om spesialisthelsetjenester. Det foreslås å ta inn slike bestem-

melser i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er lovbestemt at det skal være kommunale og fylkeskommunale eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Loven åpner for å opprette felles råd for kommuner som samarbeider om tjenestetilbud, og felles råd for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne. Kommunene skal sørge for administrativ bistand, slik at det blir mulig å skape gode møteplasser for politikere og administrasjon, tjenesteutøvere, brukerrepresentanter.

Evaluerings av brukermedvirkning

Det trengs mer kunnskap om hvordan og i hvilken grad brukermedvirkning gjennomføres, hva slags effekt den har og hvordan brukernes stemme kan bli tydeligere.

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har oppsummert de nasjonale brukererfæringsundersøkelsene. Både pasienter og pårørende mener brukermedvirkning og informasjonsutveksling kan bli mye bedre. Det gjelder uavhengig av pasientgrupper.

En spørreundersøkelse blant kreftpasienter viser at pasientene stort sett har positive opplevelser med sykehusene, og at de fleste har tillit til legene og pleiepersonalets faglige dyktighet. Pasientene etterlyser mer informasjon om smerter og smertelindring og bivirkninger av behandlingen. Informasjon om rehabiliteringsmuligheter er et annet område der det er rom for forbedring. Slik kunnskap er viktig for at sykehusene kan bli bedre til å møte brukernes behov.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås det å pålegge kommunen å innhente erfaringer fra pasienter og brukere på en systematisk måte. Siden 2007 har 243 kommuner gjennomført brukerundersøkelser i institusjoner, mens 247 har gjennomført slike undersøkelser i hjemmetjenesten. Det er også gjort undersøkelser innen psykisk helse, helsestasjon, ergoterapi- og fysioterapitjenesten. Fem prosent av fastlegene oppgir at de har rutiner for å måle pasienters tilfredshet med behandlingen. Kunnskapscenteret arbeider med å utvikle en metode for å måle pasienter og pårørendes erfaringer med kommunal legevakt.

Den nye pasientrollen

Møtet mellom pasient og behandler i dagens helsetjeneste, er i stor grad basert på konsultasjoner ansikt-til-ansikt. IKT-løsninger og elektroniske

Boks 7.1 Brukerperspektivet i utvikling av tjenester

Tjenestedesign handler om å utforme bedre tjenester. Det gjøres ved å sette brukernes opplevelser og behov i sentrum, og ved å bruke kreative og praktiske metoder i forbedring og nyskaping. Designerne arbeider etter en egen systematikk med tanke på å utforme tjenester som henger sammen i alle detaljer; fra IT-systemer og rutiner for de som leverer tjenesten, til nettsider, mobiltjenester, brev og brosjyrer.

Spesialsykehuset for rehabilitering (Kysthospitalet Stavern) har brukt designere i arbeidet med å forbedre rehabiliteringstilbudet. De har intervjuet pasienter, ansatte og andre for å få et bilde av pasientenes behov under sykdomsforløpet og etter at de var utskrevet. Deretter ble

en rekke ideer lagt frem sammen med de ansatte. Noen av ideene ble prøvd ut ved sykehuset. Designerne deltok i utprøvingen og registrerte brukernes erfaringer. Prosjektet førte til ti tiltak. Åtte av disse var innført i løpet av seks måneder.

Oslo Universitetssykehus har benyttet tjenestedesign for å lykkes bedre med informasjon til pasientene. St. Olavs Hospital i Trondheim har brukt tjenestedesign for å utvikle nye rehabiliteringstjenester, og ved Sykehuset Innlandet har det vært nyttig for å utvikle bedre verktøy for pasientforløp. Tjenestedesignere har også bidratt i den nye nasjonale helseportalen med tanke på å sikre brukerperspektivet.

medier åpner nye muligheter for å møte etterspørselen etter tjenester.

Generell helseinformasjon

Erfaring fra andre land viser at informasjon, selvbetjening og dialog på nett kan bedre behandlingen og samtidig være kostnadseffektivt. Danmark har etablert en nasjonal helseportal for pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell.

Regjeringen vil etablere en nasjonal helseportal i Norge (se kapittel 8). Det skal være ett nettsted inn til helsetjenesten. Videreutvikling med elektronisk timebestilling, fjernkonsultasjon, kommunikasjon med helsepersonell og fornying av resepter, skal vurderes senere.

Helseportalen skal følge definerte krav til universell utforming, slik at alle mennesker kan bruke portalen på en likeverdig måte.

Tiltak som stimulerer til egenomsorg

Den enkelte bruker er helt avhengig av at forholdene legges til rette for egenomsorg. De fleste mennesker ønsker å klare seg selv og ta ansvar for egen livssituasjon. Ved sykdom er det viktig å motivere brukere til å delta aktivt i prosessen for å bli frisk eller oppnå best mulig funksjon.

Det er utviklet internettbasert selvhjelpsmateriell for å forebygge og behandle depresjon og angst. Det er viktig at disse programmene gjøres kjent gjennom helsetjenesten. Programmene er basert på kognitiv atferdsterapi (samlebetegnelse for ulike typer psykoterapier), og skal øke bruker-

nes kunnskap om hvordan symptomer henger sammen med negative tanker, holdninger og mestringsstrategier.

Selvhjelp og deltakelse i selvhjelpsgrupper kan hjelpe den enkelte til å ta i bruk egne ressurser i samarbeid med andre (boks 7.2). I opptrappingsplanen for rusfeltet er det et mål å utvikle selvhjelp som metode og verktøy og gjøre selvhjelp kjent blant brukere, i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Forskning viser at de som deltar i selvhjelpsgrupper, i større grad klarer å holde seg rusfrie.

Blogger om ulike sykdommer kan oppleves nyttig for personer som nettopp har fått stilt diagnosen eller som er pårørende. Bloggene brukes til å bearbeide reaksjoner og til å få råd og veiledning av andre i samme situasjon. Blogger kan bidra til å sette temaer på dagsorden i samfunnsdebatten.

Det er aktuelt å innhente erfaringer med hvordan offentlige institusjoner bruker sosiale medier. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør vurdere å delta i sosiale medier. Regler om taushetsplikt gjelder selvfølgelig også for sosiale medier.

Et vanlig bilde på likemannsarbeid er «å være i samme båt». En likemann hjelper andre i samme situasjon. Likemannsarbeid skal gi et annet tilbud og dekke et annet behov enn det fagpersonell kan bidra med. Mange brukerorganisasjoner holder kurs for pasienter og pårørende og veileder likemenn. Likemenn har taushetsplikt og må ha forståelse for når de må bidra til at brukeren søker profesjonell hjelp. Det er viktig at likemannstilbud gjøres kjent gjennom helsetjenesten.

Boks 7.2 Selvhjelp og selvhjelpsgrupper

Selvhjelpsarbeid kan være et viktig verktøy for å mestre eget liv. Selvhjelp er et supplement eller alternativ til profesjonell hjelp. Gruppene drives av mennesker med felles problem. De er i stor grad basert på lokale krefter.

Selvhjelp på nett: Det er utviklet nettbaserte selvhjelpsprogrammer der målet er å forebygge og behandle depresjon og angst. Programmene skal øke brukernes kunnskap om sammenhengen mellom symptomer og negative tanker og holdninger.

Selvhjelpssentre for læring, informasjon, nettverk og kunnskap arbeider for å øke kunnskapen om selvhjelp som verktøy for å håndtere egne problemer.

Selvhjelpsgrupper: Kreftforeningen og Norsk selvhjelpsforum har utviklet en metode for røy-

keslutt i grupper. Det er også grupper for pasienter med overvekt. De legger vekt på psykisk helse og livsstilsendring for bedre å mestre endringer under og etter medisinsk behandling.

Likemannsgrupper er selvhjelpsgrupper som gjerne kan ledes av en som har den samme sykdom eller lidelse som de andre i gruppen. Lederen har bearbeidet sin situasjon, slik at han eller hun kan veilede og hjelpe andre.

Angstringer drives av mennesker som selv opplever angst. Gruppene har en felles arbeidsmetode, basert på retningslinjer som har vokst frem gjennom mange års selvhjelpsarbeid. Gruppene er knyttet til frivillighetssentralene, selvhjelpssentre eller lokallag av frivillige organisasjoner.

Eldresenterets rolle er å forebygge sosial isolasjon blant brukerne og opprettholde fysisk og psykisk aktivitet. Mange eldresentre driver oppsøkende virksomhet. Noen eldresentre har spesielle tilbud til etniske minoriteter. I rapporten *Bedre føre var* (Folkehelseinstituttet 2011) fremheves ti kunnskapsbaserte tiltak og anbefalinger for god psykisk helse. Eldresentre er et av disse. Det er vist at gruppeaktivitet og støttegrupper som er utviklet sammen med brukerne, kan forebygge isolasjon og ensomhet. Det er behov for mer forskning om forebyggende tiltak mot ensomhet og depressive tilstander blant brukere av eldresentre. Noen kommuner har utvidet tilbudet ved å opprette helsestasjon for eldre, som blant annet tilbyr hjemmebesøk og samtale- og treningsgrupper. Det er viktig at kommunene opprettholder og videreutvikler tilbudet i tråd med brukernes behov.

Telefontjenester som *KOLS-linjen*, *Diabetestelefonen* og *Røyketelefonen*, er gratis og lett tilgjengelige. De betjenes av helsepersonell som gir råd og veiledning. Det bør vurderes å samle slike telefontjenester i den nasjonale helseportalen.

Helsetilbud rettet mot grupper

Barselgrupper i regi av helsestasjonen, har som mål at foreldre treffes og utveksler erfaringer om foreldrerollen. Møtene og kontakten kan danne grunnlag for bedre sosialt nettverk i nærmiljøet. Mange barselgrupper fortsetter i egen regi. Det

er viktig at helsestasjonene opprettholder tilbudet om barselgrupper, og at tilbudet er for både mødre og fedre.

Skolehelsetjenesten driver blant annet skilsmissegrupper, sorggrupper og grupper for barn med psykisk syke foreldre. Tilbudene bidrar til mestring i vanskelige livssituasjoner og kan forebygge psykiske problemer. Både barn, foreldre og lærere har gitt tilbudene positiv evaluering. Disse tilbudene krever at skolehelsetjenesten er dimensjonert for å ta på seg oppgavene.

Et lærings- og mestringssenter arbeider for at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. Læringstilbudene utvikles i samarbeid mellom fagpersoner og brukere. Brukerne skal få utvidet innsikt i egen situasjon og bli styrket i å mestre hverdagen og kanskje unngå sykehusinnleggelse.

Det er 63 lærings- og mestringssentre som er etablert i helseforetakene, Sandefjord kommune har et lærings- og mestringssenter i kommunal regi. Her får innbyggerne tilbud om livsstilstiltak, endringer i helseatferd, veiledning og informasjon. Det er behov for å vurdere oppgavefordelingen mellom lærings- og mestringssentrene ved foretakene og i kommunene. En mulighet kan være at foretakene har mer diagnosespesifikke tilbud, mens kommunene har tilbud knyttet til mestring og det å leve med sykdom. Dette kan konkretiseres i avtaler som inngås mellom helseforetakene og kommunene. Det kan være hensiktsmes-

sig for kommunene å vurdere samhandling mellom lærings- og mestringssenteret og frisklivssentralen.

Individuelle helsetilbud

Private leverandører tilbyr løsninger for sikker kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter via internett og SMS. Tilbudet er foreløpig begrenset til timebestilling og bestilling av resepter. På den måten kan man spare telefoner og legebesøk.

Mange brukere etterspør mer fleksible åpningstider i helsetjenesten. Helsestasjon for ungdom er et lavterskeltilbud som har utvidet åpningstid utover ettermiddagen. Det er eksempler på at røntgenavdelinger og poliklinikker har ettermiddags- og kveldsåpent. Flere tjenester må vurdere fleksible åpningstider.

Flere distriktpspsykiatriske sentre har opprettet brukerstyrte plasser for brukere som er kjent ved senteret. Det inngås en avtale som gir pasienten rett til å benytte sengeplass uten henvisning fra lege. Brukerne vurderer selv behovet for sengeplass for en kortere periode, for eksempel inntil fem dager. Ordningen har bidratt til større trygghet for brukeren, pårørende og det lokale hjelpeapparatet. Erfaringen er at akutte tvangsinnleggelser og samlet antall oppholdsdøgn er betydelig redusert. Tilbudet bør bli tilgjengelig for brukere over hele landet.

Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) har gitt mange personer med nedsatt funksjonsevne, større valgfrihet. Ordningen har samtidig utfordret kommunene til å utvikle tjenesteformer som svarer til individuelle behov.

Brukerstyrt personlig assistanse har siden 2000 vært regulert i sosialtjenesteloven. To rundskriv presiserer innholdet i BPA-ordningen, rundskriv I-20/2000 og I-15/2005.

Kommunen har plikt til å ha ordningen. Brukeren skal ha rollen som arbeidsleder for egne faste assistenter, og bestemmer hvilke oppgaver assistentene skal utføre og når det skal skje innenfor kommunens vedtak og det tildelte timetallet. Bruker gir assistentene opplæring og veiledning i hvordan hjelpen bør gis.

I rundskriv I-15/2005 åpnes det for at brukerstyrt personlig assistanse også kan tilstås personer som trenger bistand til brukerstyringen. Dette innebærer blant annet at personer med utviklingshemning og familier med barn med nedsatt

funksjonsevne, kan få brukerstyrt personlig assistanse.

Kommunen er alltid ansvarlig for at bruker og assistenter får den nødvendige opplæring om BPA-ordningen og tilknyttede regelverk, men kan velge om den selv vil forestå opplæringen. Over statsbudsjettet er det siden 1994, ytt et øremerket tilskudd til rekrutterings- og opplæringstiltak for brukerstyrt personlig assistanse.

Kostnader til tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse, finansieres over kommunenes ordinære rammer. Brukerstyrt personlig assistanse kommer også inn under tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester, når kommunenes utgifter overskrider innslagsbeløpet for ordningen.

Tiltak

Brukere med stort behov for assistanse og som derfor er tildelt et større antall timer omsorgstjenester, vil ofte kunne få dekket sitt behov for og ønske om assistanse bedre, hvis de selv får større innflytelse på innrettingen av tjenestene. Departementet mener derfor at ordningen med brukerstyrt personlig assistanse, bør bygges ut.

Innenfor rammen av de ressursene som allerede i dag benyttes til slike tjenester eller som kommunene, uavhengig av hvordan tjenesten organiseres, vil bruke til slike tjenester fremover, ber departementet derfor kommunene vurdere hvordan de i større grad kan utforme tjenesten slik brukerne ønsker, blant annet gjennom økt bruk av brukerstyrte personlig assistenter.

Departementet vil fremover legge til rette for at kommunene kan bygge ut dette tilbudet videre. Dette er spesielt viktig for at personer med omfattende tjenestebehov skal kunne delta i opplæring og arbeidsliv.

I forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres en særskilt bestemmelse om at kommunene skal ha tilbud om en ordning med brukerstyrt personlig assistanse. Dette er en videreføring av gjeldende rett.

Det er behov for økt kompetanse om ordningen hos brukere, assistenter og kommunens saksbehandlere. Departementet vil derfor vurdere om tilskuddet til rekrutterings- og opplæringstiltak for brukerstyrt personlig assistanse bør legges om for å kunne ivareta dette bedre.

Koordinerende enhet – individuell plan

Den koordinerende enheten i kommunen skal sørge for at tjenestene ses i sammenheng, og at

det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene og tilrettelegger for brukermedvirkning.

Individuell plan er et sentralt virkemiddel for å bidra til et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til pasienter og brukere. Fastlegen skal informere aktuelle pasienter om individuell plan. Individuell plan er brukerens egen plan, og den skal bygge på brukerens mål om deltakelse sosialt og i samfunnet. Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Langvarig betyr ikke at behovet må være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for koordinerte tjenester menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og/eller sosialtjenester, og at tjenestene må ses i sammenheng. Godt samarbeid med pårørende er et mål for god brukermedvirkning ved utforming av individuell plan. Kommunen har plikt til å oppnevne koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging, samordning og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Det er viktig at bruker og eventuelt pårørende får en bestemt person i tjenesteapparatet å forholde seg til.

Pasientforløp

I et helhetlig pasientforløp er deltjenestene satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte. Målet er god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deltjenestene.

Under arbeidet med samhandlingsreformen ble det opprettet 13 arbeidsgrupper som vurderte ulike pasientforløp, med sikte på å avdekke og beskrive brudd i forløpet. Flere høringsinstanser mener at en systematisk gjennomgang av ulike pasientforløp vil være viktige innspill til utviklingen av tjenestene. Det ble påvist brudd i alle pasientforløpene – i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten og mellom helsetjenesten og aktører utenfor helsetjenesten. Bruddene kunne sorteres i fire hovedgrupper:

- manglende, utilstrekkelig eller uhenksomme tjenester og svikt i oppfølgingen, for eksempel mangelfull bruk av individuell plan
- ulike finansieringsordninger for kommune- og spesialisthelsetjenesten som ikke støtter helhetlige forløp
- ulike lovverk i kommune- og spesialisthelsetjenesten og mangel på systemer støtter ikke pasientenes behov for helhet i pasientforløpet.

- dårlig samhandling på grunn av uklar ansvars- og oppgavefordeling, svikt i informasjon og kommunikasjon.

Regjeringen legger opp til at kommuner og helseforetak pålegges å inngå avtaler om samhandling, oppgavefordeling og helhetlige pasientforløp (se kapittel 3).

Kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten

Mange pasienter opplever lite kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten, fordi de stadig møter nytt personell. Det gjelder både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Manglende kontinuitet kan føre til utrygghet, feil i behandling og pleie, ineffektive tjenester og redusert livskvalitet for pasienter, brukere og pårørende. I *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015)*, er god kvalitet i tjenesten at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet. Det er mulig å få til bedre kontinuitet i tjenesten ved å gjennomgå og endre organiseringen.

Likeverdige helse- og omsorgstjenester

Det er et mål at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av utdanning og betalingssevne. Rettferdig fordelte og likeverdige helsetjenester er et viktig bidrag til å rette opp sosiale forskjeller i helse, selv om forskjellene er skapt på andre samfunnsarenaer. Det skal derfor legges vekt på fordelings effekter når det gjennomføres endringer i organisering og styringsmekanismer som oppfølging av samhandlingsreformen.

Helse- og omsorgstjenester skal være likeverdige for hele befolkningen og tilpasset ulike behov, forventninger og forståelse av hva som er gode løsninger på et helseproblem. God kommunikasjon, åpenhet og respekt for forskjellighet, også seksuell orientering, er avgjørende for kvaliteten på møtet mellom brukere og helse- og sosialpersonell. God tolketjeneste med kvalifisert tolk og lydhørhet i møte med pasienten, er en forutsetning for likeverdighet. Språklig tilrettelegging er nødvendig for å sikre informasjonsflyt, slik at partene har felles forståelse for planlegging, tilrettelegging og oppfølging. Det skal vurderes å utarbeide rutiner for kvalitetssikring av tolketjenester.

Samer

Norge har særskilte forpliktelser for å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppen kan sikre og utvikle sitt språk, kultur og sam-

funnsliv. Forpliktelsene er nedfelt i grunnloven, i sameloven og i internasjonale konvensjoner. Særlig viktig er FN's konvensjon om sivile og politiske rettigheter og ILO-konvensjonen om urfolk og stammefolk i selvstendige stater. Den norske stat har et særskilt ansvar for å sikre at den samiske befolkningen får helse- og omsorgstilbud på sitt eget språk.

Pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas. Regjeringen er opptatt av at spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten i kommunene, tannhelsetjenesten og NAV beskriver og iverksetter tiltak som bidrar til at samiske pasienter får tilpassede helse- og velferdstjenester. Målet er likeverdighet i tilbud og resultat. Tjenesten må søke å finne løsninger på behovet for tolk og kulturelt tilpasset informasjon for samiske brukere.

Helse- og omsorgsdepartementet stimulerer til forskning på samers helse- og levekår gjennom tilskuddsmidler til Senter for samisk helseforskning, som er tilknyttet Universitetet i Tromsø. Målet er å bidra til likeverdige og kunnskapsbaserte helsetjenester til den samiske befolkningen.

I oppdragsdokumentet for 2011 til de regionale helseforetakene er det presisert at de har ansvar for å sikre tilstrekkelig kompetanse i samisk språk og kultur.

Helsedirektoratet arbeider for å fremme samisk språk og kulturkompetanse gjennom rådgivning og nettverksvirksomhet overfor aktører i helsetjenesten.

Innvandrere

Det er til dels store helseforskjeller mellom innvandrerbefolkningen og den etnisk norske befolkningen. Det er også store helseforskjeller mellom innvandrergrupper og innad i gruppene, mellom yngre og eldre og mellom kvinner og menn.

Migrasjon gir noen utfordringer når det gjelder språk og kulturforståelse, men også for kunnskap. Innvandrere har ofte liten kunnskap om det norske systemet og helsetjenestene, spesielt gjelder det innvandrere som har bodd kort tid i Norge. Det er viktig å informere om tjenestene på en måte som gjør at flest mulig kan dra nytte av dem og få nødvendig hjelp så tidlig som mulig. Kulturforståelse og bruk av kvalifisert tolk, er ofte nødvendig for å håndtere brukere med andre språklige og kulturelle forutsetninger enn den norske majoriteten. Det er behov for å bygge opp kompetanse i flerkulturell forståelse hos helsepersonell.

Pårørende

Pårørende har kunnskap som kan være viktig i utredning, behandling og rehabilitering. Ofte er de pårørende pasientens viktigste omsorgspersoner. Når en person er syk og ikke i stand til å ivareta sine egne interesser, kan pårørende være pasientens representant. Pårørende til personer med alvorlige og kroniske sykdommer er en viktig ressurs for helsetjenesten. Personer med utviklingshemning eller annen kognitiv svikt (nedsatt evne til å tenke, huske, oppfatte og lære), vil som regel ha behov for bistand fra pårørende hele livet. Det er viktig å legge til rette for pårørendes medvirkning i utforming av alle helse- og omsorgstjenester som brukeren trenger.

Belastningen som pårørende utsettes for, kan føre til at de selv får behov for hjelp. Tjenesteytere som møter pårørende, bør spørre om hvordan de har det og lytte til deres egen vurdering av hva som kan være til hjelp for dem i hverdagen. Ansatte må få opplæring i hvordan de kan ivareta pårørende til personer med alvorlig sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Pårørendes erfaringer bør inkluderes i brukerundersøkelser i hele helse- og omsorgstjenesten.

Det er utviklet pårørendeskoler blant annet for pårørende til demente. Slike tilbud skal gi støtte til å mestre hverdagen, kunnskap om sykdommen, informasjon om rettigheter, og om hvordan pårørende kan kontakte hjelpeapparatet.

Behovene til mindreårige barn som er pårørende til syke foreldre, blir ofte oversett. Det er gjort endringer i helsepersonelloven og i lov om spesialisthelsetjenester for å ivareta disse barnas interesser. Helsepersonell i alle deler av helsetjenesten er fra 2010 pålagt å ivareta behovet for informasjon og oppfølging av barna til pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom. Målet er å sikre at barna fanges opp og følges opp tidlig slik at de og foreldrene blir bedre i stand til å mestre situasjonen.

Pårørende yter stor innsats for barn med særlige behov, og for voksne og eldre som er avhengig av hjelp i dagliglivet. Omfanget av omsorgstjenester fra pårørende er nesten like stort som omfanget av den kommunale omsorgstjenesten.

Tiltak

I St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* er likestillingsperspektivet lagt til grunn. Det skal legges til rette for at pårørendes omsorgsarbeid skal

kunne kombineres med yrkesaktivitet, og at omsorgsoppgavene skal være mer likt fordelt mellom menn og kvinner. Noen pårørende utfører særlig tunge omsorgsoppgaver som kommunene skal sørge for. I slike situasjoner kan pårørende kreve at kommunen treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene skal bestå i. Noen pårørende ønsker å utføre oppgaver som kommunen har ansvar for, og søker kommunen om omsorgslønn.

Kommunene løser slike situasjoner svært forskjellig. Det har lenge vært påpekt at ordningen med omsorgslønn er uklar, og kan skape problemer for rettssikkerheten for brukere og pårørende. Regjeringen oppnevnte i 2010 et utvalg som skal se på ordninger for pårørende som har særlig tunge omsorgsoppgaver. Et viktig hensyn er hvordan pårørende, både kvinner og menn, lettere skal kunne kombinere yrkesaktivitet med omsorgsarbeid. Utvalget skal levere utredningen i oktober 2011.

Permisjonsretten til arbeidstaker som pleier nære pårørende i hjemmet i livets slutfase, ble utvidet fra 20 til 60 dager fra 1. juli 2010. Fra samme tidspunkt fikk arbeidstaker rett til permisjon inntil ti dager hvert kalenderår, for å gi nødvendig omsorg til foreldre, ektefelle, samboer eller registrert partner. Samme permisjonsrett gjelder ved nødvendig omsorg for funksjonshemmet eller kronisk sykt barn, fra og med kalenderåret etter at barnet har fylt 18 år.

7.2 Frivillige organisasjoner og private aktører

Frivillige organisasjoner inkluderer blant annet stiftelser og organisasjoner med allmennyttig formål, pasient- og brukerorganisasjoner, organisasjoner innen kultur- og fritidsfelt og trossamfunn. Frivillige organisasjoner drives som en kombinasjon av frivillig innsats og betalt arbeid. Mange legger stor innsats i å fremme medlemmenes interesser gjennom informasjonsarbeid og representasjon i saker og organer, og de fremmer folkehelse gjennom å aktivisere medlemmer og drive likemannsarbeid.

Frivillige organisasjoner er viktige samarbeidspartner og pådrivere. De gjør en betydelig innsats ved å organisere frivillige og drive institusjons- og tjenestetilbud, for eksempel innen rehabilitering, psykisk helse og tilbud til rusmiddelavhengige. Disse tilbudene er et supplement til

offentlige tjenester. På mange områder har organisasjonene vært pionerer for det som siden er blitt offentlige oppgaver eller arbeidsformer.

Friske pensjonister er en økende og uutnyttet ressurs for frivillig arbeid blant barn, unge og eldre.

Private aktører arbeider på oppdrag fra stat, fylkeskommuner og kommuner, forsikringsselskaper og bedrifter. De tilbyr tjenester på virksomhetsområder som sykehus og medisinske sentre for barn, unge og familie, innen eldreomsorg, tannhelse og rusomsorg.

Frivillig arbeid

Det er økende behov for frivillig arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Et mulig tiltak for å rekruttere frivillige kan være å opplyse om ordninger i pensjonistforberedende tiltak og kurs. Interesserte kan knyttes til frivillighetstiltak organisert gjennom for eksempel frivillighetssentraler.

Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner har kompetanse som kan være til nytte for helse- og omsorgstjenestene. Frivillige organisasjoner kan være et viktig korrektiv til offentlige myndigheter, og kan bidra til å utvikle velferdsstaten. Det er viktig med dialog mellom organisasjonene og sentrale og lokale myndigheter, som faste ordninger og som ad hoc løsninger.

Frivillige og offentlige aktører samarbeider om folkehelse, og det er store muligheter for å utvikle samarbeidet videre. Evaluering av partnerskapsmodellen viser at det er behov for å avklare roller og ansvar. De «grønne» organisasjonene, som er opptatt av kvaliteten på våre ytre omgivelser, bør i større grad trekkes med i arbeidet med å fremme folkehelse. Det er etablert en plattform for samspill og samarbeid mellom frivillig og kommunal sektor. Den fastsetter prinsipper og handlinger for å styrke relasjonen mellom de to sektorene. Dette er et samarbeid mellom likeverdige parter representert ved Frivillig Norge og KS. Intensjonen er å bevare og videreutvikle den nordiske frivillighetstradisjonen, og å etablere samarbeid på lokalt nivå.

Frivillige organisasjoner har høy kompetanse, stort engasjement og kan presentere nye løsninger for hvordan vi kan skape bedre tjenester for eldre, kronisk syke og rusmiddelavhengige.

Likemannsarbeid og selvhjelp

Pasient- og brukerorganisasjoner organiserer likemannsarbeid på ulike måter. Det kan være besøkstjeneste, samtalegrupper for brukere, pasienter og pårørende, søskentreff, selvhjelpsgrupper og møter mellom personer i samme alder og med samme diagnose (se kapittel 5). Hørselshemmedes landsforbund har lært opp et stort antall likemenn, kalt hørselshjelpere. Hørselshjelperne driver praktisk veiledning for høreapparatbrukere.

Fra 1990-tallet ble det etablert en statlig tilskuddsordning til generelt likemannsarbeid og en egen tilskuddsordning til likemannsarbeid for attføring og arbeid. Grupper med sjeldne tilstander (færre enn 100 kjente tilfeller per million innbyggere i Norge) som vil etablere en brukerorganisasjon, møter hindringer fordi regelverket bare gir støtte til organisasjoner med over 250 medlemmer. Det vil bli vurdert om tilskuddsordningen kan utvides slik at den inkluderer grupper med sjeldne tilstander.

Private aktører

Mange private aktører produserer helse- og omsorgstjenester. Regjeringen ønsker å videreutvikle samhandling mellom offentlig sektor og frivillige aktører, som bidrar til bedre velferd. Frivillige organisasjoner og private aktører skal sikres forutsigbare avtalevilkår. Samtidig må det stilles klare krav til kvalitet, kostnader og arbeidsvilkår. Spesielt innen rusfeltet og psykisk helse er det viktig å legge vekt på kontinuitet i behandlingsrelasjoner.

Kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at innbyggerne får nødvendige og forsvarlige tjenester. De kan selv utføre tjenestene, eller sette tjenestene ut på anbud, for så å inngå avtaler med private aktører om å utføre tjenestene, eller kjøpe tjenester fra andre helseregioner eller i utlandet (se kapittel 6).

Kapittel



Figur 8.1

8 Kvalitet og kunnskap

God kvalitet i tilbudet er viktig for pasienter, brukere og pårørende. Vi må måle kvalitet og gjøre resultatene tilgjengelig for alle. Brukere og pårørende har ofte gode forslag til forbedring av tjenestene. Systematisk innhenting av brukererfaringer er et viktig verktøy i kvalitetsforbedringsarbeid og innovasjon.

God kvalitet på tjenestene betyr at de er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, at de involverer brukerne og utnytter ressurser på en god måte. Oppdatert og god utnyttelse av kunnskap er en forutsetning for godt folkehelsearbeid og for å levere trygge og gode helse- og omsorgstjenester gjennom hele pasientforløpet, og for å utnytte ressursene effektivt.

Utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon, kunnskapsoppsummeringer, bruk av teknologi, kvalitetssystemer og ledelse er sentrale virkemidler for en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. Vi må tenke nytt og finne nye måter å arbeide og samarbeide på.

En kunnskapsbasert utdanning og praksis legger et viktig grunnlag for kunnskapsbasert yrkesutøvelse (se kapittel 9).

Departementets langsiktige strategi for å styrke helse- og omsorgsforskningen og satsingen på behovsdrivet innovasjon i helseforetakene har gitt positive resultater. Satsningen er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Nærings- og handelsdepartementet og andre aktører. Forsknings- og innovasjonsaktiviteten har økt, og det settes av mer ressurser til medisinsk og helsefaglig forskning og innovasjon. Departementet har de siste årene bidratt til å etablere en infrastruktur for forskning i pleie- og omsorgssektoren, allmennlegetjenesten og tannhelsetjenesten.

Det er behov for å ta i bruk ny kunnskap for å utvikle tjenestetilbudet. Det kan for eksempel skje gjennom velferdsteknologi, IKT og arbeidsbesparende teknologi. Det er også behov for å prioritere forskning og innovasjon om forebygging, påvirkningsfaktorer for helse og helseatferd, samhandling, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Flere høringsinstanser understreker behovet for å styrke omfanget av kli-

niske studier der flere sykehus er med, og forskning knyttet til effekter av tiltak.

Data fra biobanker og helseregistre gir store muligheter for å styrke kvalitet og kunnskap. Norge har flere sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Kreftregistret er et nasjonalt helseregister med tilknyttede kvalitetsregistre. Det er behov for å samordne og modernisere disse. Det mangler fortsatt registre på flere viktige områder som muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Det er behov for å bygge opp registre med data fra spesialist- og primærhelsetjenesten slik at man får kunnskap om hele pasientforløp. *Strategi og handlingsplan for modernisering av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre (2010–2020)* foreslår en langsiktig nasjonal strategi og toårige handlingsplaner for å følge opp forslagene.

I dag utnyttes ikke mulighetene for elektronisk samhandling godt nok. Bruk av teknologi skal bidra til effektive og sikre tjenester i hele pasientforløpet. IKT-systemer kan gi bedre pasientbehandling, mindre pasienttransport, bedre utnyttelse av ressurser og styrking av pasient- og brukerrollen.

Norge har et godt teknologisk utgangspunkt for å utveksle informasjon på en sikker og effektiv måte. Teknologien skal legge til rette for at nødvendig informasjon er tilgjengelig ved behov der pasienten befinner seg. Pasienten skal være informert og være aktiv deltaker i behandlingen, så langt det er mulig.

Ny forskningsbasert kunnskap blir ikke alltid tatt i bruk i helsetjenesten, eller det kan ta for lang tid før den tas i bruk. Norge har etablert organer og prosesser for kunnskapshåndtering gjennom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet. Det er behov for en helhetlig tilnærming til hvordan forskningsbasert kunnskap kan støtte beslutninger i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår å etablere et system for kunnskapsbasert vurdering ved innføring og bruk av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

God kunnskapshåndtering bør ligge til grunn for faglige retningslinjer, innføring av nye meto-

der, legemiddelbruk og utvikling av kvalitetsindikatorer. Også organisering, finansiering, utdanning og kompetanseutvikling, planlegging og drift av helse- og omsorgstjenestene forutsettes å være kunnskapsbasert.

Helseforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten må etterspørre og bestille kunnskapsoversikter og forskning som grunnlag for beslutninger. Det er viktig at forskning og kunnskapshåndtering er forankret i strategiske planer og på ledernivå.

Kontinuerlig læring i organisasjonen er en forutsetning for kvalitetsforbedring. Læringskulturen inkluderer rutiner, vaner, holdninger, og hvilken praksis som etterspørres og belønnes. I et miljø med god læringskultur skal man kunne stille spørsmål og fortelle om uønskede hendelser uten å frykte negative følger. Gode etiske holdninger er en forutsetning for høy kvalitet i tjenesten. I en komplisert medisinsk hverdag må etisk bevissthet vedlikeholdes og fornyes i tråd med faglig og organisatorisk utvikling og samfunnsutviklingen. Dette er et ledelsesansvar.

De aller fleste opplever at de får god hjelp i helse- og omsorgstjenesten. Enkelte ganger skjer det likevel uønskede hendelser der pasienter blir skadet. Internasjonale undersøkelser anslår at 8–20 prosent av pasientene i sykehus blir utsatt for uønskede hendelser. Det er behov for større åpenhet i helsetjenesten om uønskede hendelser. Helsetjenesten må bli enda bedre til å forebygge slike hendelser, og å bruke dem som grunnlag for årsaksanalyse og læring. God pasientsikkerhet forutsetter at pasient og behandler kan kommunisere med hverandre på en forståelig måte.

Problemer knyttet til legemiddelbehandling er vanlig i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Ofte skyldes det manglende oversikt over pasientens totale legemiddelbehandling og dårlig informasjonsflyt mellom aktørene. Andre årsaker er mangel på rutiner, retningslinjer og mangelfull pasientveiledning. Det kan være at pasienten får for mange og unødvendige legemidler, for høye eller for lave doser eller uheldige kombinasjoner av legemidler. Dette kan føre til alvorlige bivirkninger eller dødsfall, og ekstra kostnader for samfunnet knyttet til sykefravær og sykehusinnleggelse.

Mål for perioden

Regjeringen vil ha en helsetjeneste som ligger i front medisinsk og teknologisk. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, og med høy pasientsikkerhet.

Kvalitetsforbedringsarbeid skal være integrert i ordinær virksomhet. Resultater knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet skal etterspørres og følges opp.

Systematisk pasientsikkerhetsarbeid skal bidra til bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. Pasientene skal være trygge på at de får riktig legemiddelbehandling. Uønskede hendelser som skyldes feil legemiddelbruk, skal reduseres.

Forskning og innovasjon skal ha høy kvalitet og relevans for helsetjenesten. All utdanning, forebygging, diagnostisering, behandling, oppfølging, pleie og omsorg skal bygge på best mulig forskningsbasert kunnskap.

Forskning og oppdatert kunnskap bør ligge til grunn for beslutninger om å innføre nye behandlingsmetoder, for finansiering av tjenester, for faglige retningslinjer, for utvikling av indikatorer og organisering av tjenester.

Det skal være målbar effekt av arbeid med forskning, innovasjon, IKT, kvalitet og kunnskap om tilgjengelighet, behandlingsresultat, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og pasient- og brukertilfredshet.

Sikker informasjonsteknologi skal legge til rette for at nødvendig informasjon, kunnskap og kompetanse er tilgjengelig for helsepersonell gjennom hele pasientforløpet. Pasient- og brukerrollen skal styrkes gjennom tilrettelagte netjtjenester.

Samspillet mellom utdanning, forskning, innovasjon og tjenestene, skal styrkes.

8.1 Kvalitet og læringskultur

Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen vil legge frem en egen stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, som skal danne grunnlaget for arbeidet i årene fremover. Meldingen skal vurdere om organisatoriske, juridiske, finansielle og styringsmessige virkemidler og rammebetingelser, støtter arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i hele helse- og omsorgstjenesten. Meldingen skal også vurdere hvorvidt dagens systemer for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet bidrar til å nå nasjonale mål for kvalitet og pasientsikkerhet.

Departementet vil spesielt vurdere hvordan man kan styrke og videreutvikle arbeidet med indikatorer og måling og bruk av resultater i forbedringsarbeid. Det skal eventuelt også vurderes hvorvidt det innenfor gjeldende økonomiske rammer, er hensiktsmessig å innføre resultatbasert

finansiering basert på grad av oppnådde kvalitetsmål – som et positivt insentiv i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Videre vil departementet se på hvordan utprøvede behandling og bruk av legemidler utenfor godkjent indikasjon, håndteres i helsetjenesten, og om det er behov for ytterligere tiltak eller forbedringer i virkemidler – for eksempel informasjon og bruk av vitenskapelig metode.

Forslag om å lovfeste krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås krav til virksomheten om å drive systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Forslaget gjelder også spesialisthelsetjenesteloven. Slik lovregulering vil også bli vurdert i arbeidet med revisjon av tannhelsetjenesteloven. Virksomhetene skal legge til rette for at systematisk forbedringsarbeid integreres i det daglige arbeidet. Ledelsesforankring og forankring i ulike personellgrupper er viktig.

Kompetanse

Pasientsikkerhet, kunnskapshåndtering og kvalitetsforbedring bør være integrert i alle relevante utdanninger. I stortingsmeldingen om utdanning for velferdstjenestene, vurderes behovet for å legge mer vekt på kvalitet, pasientsikkerhet og etikk i helse- og sosialfagutdanningene.

Styrke arbeidet med kvalitet i helse- og omsorgstjenesten

Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid forutsetter at ledelsen har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhetsnivå i virksomheten, at resultatene brukes til å iverksette tiltak og at tiltakene følges opp og etterspørres. Helse- og omsorgsdepartementet vil understreke ansvaret i styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og legge inn flere styringskrav knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet.

Helsedirektoratet skal gjennomføre et prosjekt om et mulig nasjonalt kvalitetssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester redegjøres det for mulige endringer i fastlegeforskriften, for eksempel å innføre nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene (kapittel 5). Det er satt i gang en rekke tiltak i *Omsorgsplan*

2015 for å bedre kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i den kommunale omsorgstjenesten.

Etablere flere nasjonale kvalitetsindikatorer

Det finnes nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Indikatorene gir kunnskap om enkelte sider ved tjenestene. Det skal etableres et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som skal gi pålitelig kunnskap om sikkerhet, kvalitet og ytelse i alle deler av helsetjenesten. Det skal legges vekt på å inkludere indikatorer på sosiale forskjeller i tilgjengelighet og bruk og resultat av helsetjenester. Informasjonen skal brukes i kvalitetsforbedringsarbeid, til politisk styring, virksomhetsstyring, og til forskning. Brukergruppene skal være med i arbeidet med indikatorene. Resultatene skal være tilgjengelige for alle, og prosessene for etablering av indikatorer bør være åpne og kontrollerbare. Forslaget får bred støtte i høringen, men flere påpeker at det er vanskelig å utvikle relevante indikatorer.

Det er utarbeidet forslag til rammeverk for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, med anbefalinger om hvordan det skal videreutvikles. Helsedirektoratet har ansvar for å drifte og videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Norge deltar i kvalitetsindikatorprosjekt i regi av OECD og Nordisk Ministerråd. Det er utarbeidet et omfattende sett med overordnede kvalitetsindikatorer på utvalgte diagnoseområder, som hjerte- og karlidelser, kreft, kroniske sykdommer og psykisk helse. I tillegg leveres indikatorer innen munn- og tannhelsefeltet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer. Flere av indikatorene kan brukes til å utvikle nye kvalitetsindikatorer i Norge.

Helsedirektoratet har utviklet nasjonale retningslinjer på flere områder. Disse inneholder forslag til indikatorer som kan brukes for å følge med på resultater og finne ut i hvilken grad retningslinjene følges. Informasjonssystemet KOSTRA (Kommune-stat-rapportering) gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet.

Satsingen på medisinske kvalitetsregistre og etablering av Nasjonalt helseregisterprosjekt, gjør at vi er i ferd med å få flere og bedre nasjonale helse- og kvalitetsregistre. Data i disse registrene og Norsk pasientregister vil være viktige datakilder for forbedringsprosjekter, forskning og utvikling av indikatorer.

8.2 Pasientsikkerhet

Lovfesting av systematisk pasientsikkerhetsarbeid

Pasientsikkerhet handler om vern mot unødige skade som følge av ytelse av helse- og omsorgstjeneste eller mangel på slik ytelse. Regjeringen har fremmet forslag om å lovfeste at alle virksomheter i hele helse- og omsorgstjenesten skal drive systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerheten. Det varsles at internkontrollforskriften bør revideres med sikte på å inkludere sentrale elementer i systematisk pasientsikkerhetsarbeid.

Nasjonal pasientsikkerhetskampanje 2011–2014

I januar 2011 startet den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen har som mål å redusere antall pasientskader på utvalgte innsatsområder, bygge systemer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Kampanjen skal konsentreres om noen få områder hvor vi vet det er behov for forbedringer: sykehusinfeksjoner, legemiddelsamstemmighet før og etter sykehusinnleggelse, legemiddelbruk i sykehjemmene, slagbehandling og psykisk helsevern. Aktiviteter som settes i gang i treårsperioden, skal danne grunnlag for det varige pasientsikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

Lærings- og rapporteringssystem for uønskede hendelser

Rapportering av uønskede hendelser er sentralt i arbeidet med pasientsikkerhet. Lokale meldesystemer og oppfølging lokalt er viktig fordi det er der kvaliteten og pasientsikkerheten skapes og forbedres. Det er et ledelsesansvar å etablere et velfungerende system for internkontroll og meldesystem for uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve at det er trygt å melde. Meldingene skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.

I forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås det å flytte forvaltningen av meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3–3, fra Helsetilsynet til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, som ligger i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ved å legge den nasjonale ordningen til en uavhengig instans, legges det til rette for et gjennomgående rapporterings- og læringsystem fra lokalt til nasjonalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Det er ønskelig å skaffe seg erfaringer med ordningen før den eventuelt

vrurdes innført også for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Sikre tilsynsmessig oppfølging av alvorlige, uønskede hendelser

Det er innført en prøveordning der helseforetakene og virksomhetene de har avtale med, er pålagt å varsle om alvorlige, uønskede hendelser direkte til Statens helsetilsyn. Varselet skal sendes snarest og senest dagen etter at hendelsen har skjedd. Statens helsetilsyn har etablert en utrykningsgruppe som skal sikre rask oppfølging av meldinger om alvorlige, uønskede hendelser. Målet med utrykningsgruppen er at Helsetilsynet raskt kan få oversikt over hendelsesforløpet og innhente annen informasjon fra de som er involvert. Utrykningsenheten og varslingsplikten trådte i kraft 1. juni 2010, og er en prøveordning for to år. Denne ordningen foreslås lovfestet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Utvikle nasjonale pasientsikkerhetsindikatorer

Det er behov for et nasjonalt indikatorsett for pasientsikkerhet som gjør det mulig å følge med og evaluere. Norge deltar i OECDs og Nordisk Ministerråds arbeid med å utvikle indikatorer for pasientsikkerhet. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen forventes å utvikle indikatorer som kan brukes i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Pasientsikkerhet som tema i forskning

Det er behov for mer forskning knyttet til pasientsikkerhet og mer nasjonalt forskningssamarbeid på området. I Norges forskningsråds program for helse- og omsorgstjenesteforskning er pasientsikkerhet ett av flere temaer.

8.3 Kunnskapsutvikling og kunnskapshåndtering

Tilgang til kunnskap

Alt personell som har med pasienter og brukere å gjøre, må ha like god tilgang til relevant kunnskap. Slik tilgang skjer best elektronisk, og det må utvikles digitale kunnskaps- og beslutningsstøtteverktøy. Faglig beslutningsstøtte for helsepersonell må bli en viktig del av eHelse-strategien. Tilgang til internett på arbeidsstedet er en forutsetning.

Boks 8.1 Helsebiblioteket

Helse- og omsorgspersonell i alle deler av tjenesten må ha tilgang til kvalitetssikret kunnskap før, under og etter pasientmøtet, slik at beslutningene blir best mulig for pasientene. Tilgangen til faglitteratur og tidsskrifter har vært størst ved universitetssykehusene, mer begrenset ved andre sykehus, og svært mangelfull i kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Internett og utbyggingen av Norsk helsenett har revolusjonert mulighetene for å få tilgang til kunnskap.

Helsebiblioteket som ble etablert i 2006, er en offentlig, nettbasert kunnskapstjeneste for alle grupper helse- og omsorgspersonell. Innholdet er for det meste fritt tilgjengelig for alle innbyggere i Norge. Noe innhold er bare åpent for helsepersonell og forutsetter IP-regulert tilgang fra arbeidsstedet, eller individuell innlogging.

Helsebiblioteket har utviklet seg til en omfattende portal til fagkunnskap. Det er fri tilgang til de mest anerkjente medisinske tidsskriftene internasjonalt, og to av verdens beste medisin-

ske oppslagsverk. I tillegg har helsepersonell tilgang til 2 300 tidsskrifter, de største databasene innen medisin og helsefag og over 500 norske retningslinjer. Det er tilgang til oppsummeringer og kartleggingsverktøy og emnebibliotek for ulike temaer.

Evaluerer viser at brukerne er svært tilfreds med Helsebiblioteket. Tilbudet har jevnet ut forskjellen i tilgang på fagressurser. Institusjoner og kommuner sparer penger fordi det er inngått nasjonale abonnementsavtaler. Tjenesten må utvikles i tråd med samhandlingsreformen. Det er behov for å bygge en felles faglig plattform på tvers av forvaltningsnivåene. Særlig nyttig vil det være å samle retningslinjer og praktiske prosedyrer til ett verktøy.

Lokale fagbiblioteker er viktig for å opprettholde opplæring og veiledning i hvordan elektroniske kilder kan brukes. God internettilgang er en forutsetning for at slike ressurser kan tas i bruk.

En felles faglig plattform med retningslinjer, prosedyrer og annen beslutningsstøtte på tvers av nivåer og profesjonsgrenser er et viktig virkemiddel i samhandlingsreformen. Ved hjelp av informasjonsteknologi kan personell i alle deler av helse-tjenesten ha tilgang til oppdatert kunnskap. Helsebiblioteket i Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten, er en nasjonal tjeneste som gir alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten tilgang til retningslinjer, databaser, tidsskrifter og andre kunnskapsressurser. Det meste av innholdet er tilgjengelig også for pasienter og publikum.

Det arbeides også for å styrke tilgangen til og omfanget av åpen publisering av forskningsresultater på nett. I 2011 er det etablert et felles nasjonalt system for dokumentasjon av forskning.

Nasjonale ressursmiljøer

Spesialisthelsetjenesten har en viktig rolle i å sikre nasjonal kompetansespredning på sine ansvarsområder, og til den øvrige kommunale helse- og omsorgssektor. Det finnes i dag et hundretalls ulike nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonale tjenester er en fellesbetegnelse på nasjonale behandlingstjenester, flerregionale

behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Disse tjenestene skal bidra i forskning, undervisning og kompetansespredning i hele helsetjenesten.

Fra 2011 er det innført et nytt styringssystem for nasjonale behandlings- og kompetansetjenester. Dette for å sikre sterkere og mer dynamisk nasjonal styring. Når nasjonal kompetanse er bygget opp på et område, er det et mål å sikre at denne integreres i det ordinære tjenestetilbudet slik at det gir rom for etablering av nye nasjonale tjenester. Hvert femte år skal det foretas en helhetlig gjennomgang for å sikre at nasjonale tjenester er etablert i tråd med tjenestens behov og den medisinsk-teknologiske utviklingen.

Departementet vil utrede hvordan man kan styrke arbeidet med nasjonale kompetansetjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det finnes en rekke nasjonale og regionale kompetansesentre som retter seg mot kommunesektoren. De fleste av disse sentrene er tilknyttet universitets- og høyskolene. Sentrene er opprettet for å styrke kunnskapssvake områder. De arbeider blant annet innen allmennmedisin, omsorgstjenester, psykisk helse og rusfeltet.

Kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger er likestilt med

nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten når det gjelder kriterier for godkjenning og hvilke oppgaver som skal ivaretas (forskrift om godkjenning av sykehus og om landsfunksjoner og nasjonale kompetansesenterfunksjoner ved sykehus).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sammenfatter forskning på helse, formidler kunnskap, måler kvalitet på helsetjenester og bidrar til å utvikle og forbedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Kunnskapsoppsummeringer bidrar også til å synliggjøre områder der det er behov for økt forskning.

Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere etc.

Nasjonale retningslinjer og veiledere gir helsepersonell mulighet til å tilby kunnskapsbasert behandling. For å styrke arbeidet med faglige retningslinjer og metodevurderinger nasjonalt og regionalt, vil det være behov for å etablere faggrupper på ulike fagområder, tilsvarende de som er etablert på kreftområdet. Det er viktig å inkludere kommunehelsetjenesten og brukerne i dette arbeidet. Pasienterfaringer og brukermedvirkning må få en større plass i kunnskapsgrunnlaget for helse- og omsorgspersonell. Denne tenkningen får bred støtte av høringsinstansene. Noen høringsinstanser mener også at retningslinjer bør være forpliktende og at det bør være noen konsekvenser ved ikke å bruke disse.

Som en oppfølging av *Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2011)* er det utarbeidet et nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for lindrende behandling i kreftomsorgen. De nasjonale retningslinjene er anbefalinger og råd til helsetjenesten om hva som anses som god praksis. Retningslinjer for lindrende behandling til barn er ikke en del av handlingsprogrammet i dag. Helsedirektoratet vil inkludere retningslinjer om lindrende behandling til barn, når handlingsprogrammet skal revideres. Departementet vil legge til rette for å utarbeide nasjonale standarder for palliasjon i helsetjenesten, både for barn og voksne. Tilbud om palliativ pleie og hospice skal inngå som en integrert del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble opprettet i 2007. Fra 1. januar 2011 er mandatet utvidet slik at det gjenspeiler hele departementets ansvarsområde. Navnet er derfor

Boks 8.2 Mini health technology assessment (Mini-HTA)

Mini-health technology assessment (Mini-HTA) er et verktøy/sjekkliste som er utviklet for å støtte kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye metoder i helsetjenesten. Sjekklisten skal bidra til å belyse effekt, sikkerhet, kostnader og organisatoriske konsekvenser knyttet til metoden. Utfylling og vurdering av en mini-HTA viser om et aktuelt produkt eller teknologi er tilstrekkelig dokumentert.

Alle utfylte mini-HTA skal samles i en database slik at tidligere vurderinger deles med andre, og dobbeltarbeid kan unngås. Det bør opprettes en funksjon for metodestøtte og for hjelp til utfylling.

endret til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å bidra til en mer helhetlig tilnærming og felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten, slik at tiltak og prosesser blir godt koordinert. Rådet skal medvirke til dialog mellom myndigheter, tjenesteytende virksomheter, brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner og fagforeninger.

Innføring av nye, kostbare metoder i spesialisthelsetjenesten

Departementet foreslår å etablere et nytt system for kunnskapsbasert vurdering ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for legemidler, medisinsk-teknisk utstyr, medisinske prosedyrer og diagnostiske tester. Målet er å sikre likeverdig tilgang til nye metoder som er trygge og som har dokumentert effekt. Systemet skal også sikre at metoder som ikke har nødvendig dokumentert effekt, ikke tas i bruk. Det er viktig med systematisk innsamling av erfaringer og dokumentasjon om nye metoder, slik at ny kunnskap kan produseres, gjøres tilgjengelig for hele helsetjenesten og anvendes lokalt, regionalt og nasjonalt. Departementet foreslår at institusjoner i spesialisthelsetjenesten som ønsker å ta i bruk en ny metode, først må gjennomføre en Mini-health technology assessment (boks 8.2).

Beslutningen om å innføre nye metoder skal fattes på laveste effektive nivå, det vil si oftest på lokalt nivå. Der Mini-HTA avdekker betydelige organisatoriske eller økonomiske konsekvenser,

eller at metoden ikke har tilstrekkelig dokumentasjon om virkning eller sikkerhet, bør beslutningen løftes til regionalt nivå.

Beslutninger på regionalt nivå skal sikre at helseforetakene kan tilby likeverdig tilgang til nye metoder. I dette ligger det også at regionale helseforetak i fellesskap må vurdere om innføring av en ny metode kan gjøres ut fra eksisterende kunnskapsgrunnlag eller om det behøves mer omfattende metodevurderinger, herunder en full HTA. Ved behov vil slike utredninger kunne bestilles fra Statens legemiddelverk og Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten.

Forslag om å innføre nye metoder som gir vesentlig bedre effekt eller økte utgifter, løftes til nasjonalt nivå. Helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide nasjonale retningslinjer i helsetjenesten, å gi råd til departementet i spørsmål om høyspesialisert behandling, metoder som gir vesentlig bedre effekt eller økte utgifter, og nasjonale screeningundersøkelser.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten vil bli involvert i disse vurderingene. Det er departementet som avgjør spørsmål om implementering av nye screeningprogrammer og vesentlige spørsmål om høyspesialiserte og kostnadskrevende metoder. I tillegg til etablerte programmer for livmorhalskreft og brystkreft, vil det i 2011 iverksettes et toårig pilotprosjekt for screening av tykk- og endetarmskreft.

Det er viktig å høste erfaringer med teknologier som allerede er innført. Når erfaring eller ny kunnskap tilsier at en metode ikke er kostnadseffektiv eller imøtekommer faglige krav, bør den fases ut. Teknologiers virkninger, bivirkninger og kostnader over tid, bør derfor overvåkes og bruken bør revurderes.

Etablerte metoder vil kunne vurderes i forbindelse med Helsedirektoratets revisjon av faglige retningslinjer, gjennom arbeidet i Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, av Statens legemiddelverk, eller gjennom kvalitetssikringsarbeid i tjenesten, for eksempel gjennom bruk av kvalitetsregistre. Det er likevel viktig å sikre systematisk tilnærming til kunnskapsbasert revurdering av metoder også i de regionale helseforetakene, for eksempel som en del av helseforetakenes anskaffelsesprosedyrer.

Nye metoder med mangelfullt kunnskapsgrunnlag om effekt, bør ikke gis som helsehjelp med mindre det gis som utprøvende behandling.

8.4 Forskning og innovasjon

Et velfungerende forsknings- og innovasjonssystem

Ledelsesforankring, god infrastruktur, et hensiktsmessig regelverk og systemer som sikrer forskerutdanning, karriereløp og god forskningsetisk praksis, er viktig for et velfungerende forsknings- og innovasjonssystem for helse- og omsorgssektoren. Det er avgjørende at forskningsresultater og nye innovasjoner gjøres kjent og blir tatt i bruk. Det er viktig å skape en kultur for å identifisere og utvikle innovative løsninger. Forskning og innovasjon må integreres i alle ledd i ledelsen og i lederutdanningskurs. Lovreguleringen av hvilke sykehus som kan benytte betegnelsen universitetssykehus, vil synliggjøre det særskilte ansvar for forskning og utdanning som disse sykehusene har, ut over det generelle ansvaret alle sykehus er pålagt i dag.

Det er etablert felles utdanningsløp for doktorgrad og spesialisering i odontologi og psykologi. Det er iverksatt to pilotprosjekter for utprøving av felles utdanningsløp i medisin. Dette bør videreføres i regi av Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning. Felles utdanningsløp bør også vurderes i den kommunale helsetjenesten.

I den varslede stortingsmeldingen om utdanning for velferdstjenestene vil forskning og forskningsbasert utdanning stå sentralt. Her er hovedvekten lagt på de profesjonsrettede bachelorutdanningene.

Helse- og kvalitetsregistre og biobanker

Data fra nasjonale helseregistre, kliniske registre, befolkningsundersøkelser og biobanker, kan avdekke sammenhenger og årsaksforhold. Det er et mål å øke antall nasjonale helse- og kvalitetsregistre, og å øke tilgjengeligheten til datamaterialet i nasjonale registre og biobanker for behandling av pasienter og i forskningsøyemed. Muligheten for å kople opplysningene i biobankene på en personvernmessig forsvarlig måte mot sentrale helse- og sykdomsregistre gjør at biobankene kan karakteriseres som et unikt grunnlag for forskning som kan bedre forståelsen av sykdoms-mekanismer generelt og for spesifikke sykdomsgrupper. Nasjonalt helseregisterprosjekt tar utgangspunkt i *Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre*. Det skal legges til rette for bedre kva-

Boks 8.3 Biobank Norge

Norge har lagret store mengder biologisk materiale i biobanker over hele landet. Vi har derfor gode forutsetninger for å drive forskning som kan gi ny viten om sykdomsmekanismer.

Norges forskningsråd har gjennom finansieringen av *Biobank Norge* (Biobank Norway) bidratt til at biobankene i Norge skal ha én nasjonal infrastruktur. På den måten skal det bli enklere å utnytte mulighetene for å forske på data fra biobanker. Ved for eksempel å koble biobankdata og helseregisterdata, kan det bli mulig å finne svar på årsakene til mange av de store folkesykdommene.

De fire store universitetene, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene samarbeider om prosjektet. NTNU er koordinator.

Det legges opp til at *Biobank Norge* skal harmoniseres med den europeiske infrastrukturen for biobanker.

litet, bedre utnyttelse og enda sikrere håndtering av data i helseregistrene.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingsresultater, til bruk i kvalitetsforbedringsarbeid og som grunnlag for forskning om behandlingsresultater over en lang tidsperiode. Videreutvikling av kvalitetsregisterområdet må ses i sammenheng med Nasjonalt helseregisterprosjekt. Det må sikres at personvern blir ivaretatt ved bruk av data fra biobanker og helseregistre.

Biobanker er en samling biologisk materiale som er samlet inn i store befolkningsundersøkelser (for eksempel HUNT) eller som ledd i diagnostikk og behandling. Mulighetene for å forske på disse dataene er ikke godt nok utnyttet. Det kan blant annet skyldes manglende infrastruktur som kan lette samhandling mellom forskningsmiljøer. Forskerne har møtt på problemer som at dataene er vanskelig tilgjengelige og vanskelige å sammenstille. I rapporten *Gode biobanker – bedre helse* foreslås en rekke tiltak knyttet til organisering og infrastruktur som må til for å ta ut data til forskning. Norges forskningsråd har bevilget 80 mill. kroner over tre år til et prosjekt for å etablere en nasjonal infrastruktur for norske biobanker, kalt Biobank Norge (boks 8.3).

I tillegg har Norges forskningsråd etablert et eget forskningsprogram for å utnytte potensialet i

norske biobanker ytterligere. Det vurderes nå en eventuell norsk deltakelse i et EU-samarbeid om biobank infrastruktur.

Kliniske multisenterstudier

En utfordring for klinisk forskning er at omfanget av kliniske multisenterstudier går ned. Det er et mål å legge til rette for bedre infrastruktur og god klinisk praksis for å styrke omfang og kvalitet på kliniske intervensjons- og multisenterstudier. Regjeringen vil legge til rette for at Norge deltar i EUs infrastrukturtiltak for kliniske studier (The European Clinical Infrastructure Network, ECRIN). Nettverket skal sikre nasjonal deltakelse i kliniske multisenterstudier, økt norsk samarbeid og danne grunnlag for et eventuelt nordisk samarbeid om kliniske multisenterstudier. De regionale helseforetakene samarbeider om å etablere et felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske intervensjonsstudier i helseforetakene.

Norge bør også følge den internasjonale utviklingen ved å vurdere potensialet for en mer risikobasert regulering og godkjenning av kliniske studier. Gjennom Nordisk råd utredes et forslag om nordisk samarbeid om kliniske studier for å styrke Norden som en arena for private og offentlig initierte og finansierte kliniske multisenterstudier. Disse vil omfatte legemiddelstudier og andre metoder.

Nasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid

Å tilrettelegge for økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid kan sikre bedre kvalitet og ressursutnyttelse. Faglige forskernettverk bør etableres innad og på tvers av sektorer, tjenestenivåer og fagdisipliner. Innovasjonsevne innen helse- og omsorgstjenesten er spredt, og prosjektene er gjerne små og lokalt forankret. Utvikling av nye løsninger bør skje i et samspill mellom helse- og omsorgssektoren, forskningsmiljøene og næringslivet nasjonalt og internasjonalt. Departementet vil oppfordre til formalisert samarbeid om forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgssektoren, både nasjonalt, regionalt, og lokalt gjennom interkommunalt helsesamarbeid og lokalmedisinske sentre.

Det er ønskelig med mer samarbeid og bedre arbeidsdeling om støttefunksjoner mellom universitetssykehus og universitetene, for eksempel for søknader til EUs rammeprogram for forskning, og for å samordne virkemiddelapparat for kommersialisering og teknologioverføring gjennom det eta-

blerte TTO-systemet (Technology Transfer Organization).

Internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid

Det er et mål å styrke internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid bilateralt, gjennom EU, på nordisk nivå og gjennom Verdens helseorganisasjon. Det arbeides systematisk for å øke norsk deltakelse i EUs rammeprogram for helseforskning og i randsoneraktivitetene til EUs rammeprogram. Norge er med i flere pilotprosjekter for felles EU-programmer, blant annet forskning på Alzheimers sykdom og andre nevrologiske sykdommer, sunn mat og ernæring og antibiotika- bruk.

Det vil utarbeides en strategi for å få flere miljøer innen medisin og helse og omsorg til å søke midler gjennom EUs rammeprogram. Det vil også arbeides med å videreføre Norges engasjement innen global helseforskning, blant annet gjennom oppfølgingen av Verdens helseorganisasjons forskningsstrategi og fortsatt norsk deltakelse i The European Development of Clinical Trials Program, for å styrke kliniske studier i Afrika sør for Sahara.

Forskning og innovasjon i og på den kommunale helse- og omsorgssektoren

På flere av kommunehelsetjenestens områder er det i dag lav forskningsaktivitet. Dette gjelder for eksempel allmennmedisinsk forskning og fagutvikling. I forslag til kommunal helse- og omsorgslov foreslås det at kommunene vil få et medvirkningsansvar knyttet til forskning for og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at forskning skal inn i avtaleverket mellom kommuner og helseforetak. Medvirkningsansvaret kan omfatte å tilgjengeliggjøre data innhentet fra tjenesten i kommunen, eller å synliggjøre aktuelle problemstillinger og forskningsbehov. Ansvar vil ikke omfatte selv å initiere eller finansiere forskning. Økt forskningsaktivitet vil kunne være en viktig faktor for å styrke rekrutteringen til kommunehelsetjenesten.

Forskningen bør i hovedsak skje i samarbeid med universitets- og høyskolesektoren og øvrige forskningsinstitusjoner for å sikre kvalitet og konsentrasjon av forskningen. Det må utredes ytterligere hvordan samarbeid om forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan samordnes på regionalt nivå.

Regjeringen pekte i innovasjonsmeldingen (St. meld. nr. 7 (2008–2009) *Et nyskape* og

bærekraftig Norge) ut helse- og omsorgstjenestene som en sektor for særskilt satsning på tjenesteinnovasjon i møte med fremtidens utfordringer. Det er satt ned et eget offentlig utvalg som vil legge frem sin innstilling i en NOU om innovasjon og omsorg sommeren 2011. Det er naturlig å følge dette opp i nær sammenheng med kommunenes øvrige plan-, utviklings- og innovasjonsarbeid.

Forskning på tannhelse

Det er behov for å styrke kunnskapsgrunnet innenfor tannhelse. Departementet vil vurdere ansvars plassering for forskning, fagutvikling og kunnskapsutvikling i tannhelsetjenesten. Etablerte og planlagte regionale odontologiske kompetansesentre skal ha en viktig rolle i tannhelseforskning.

Forskning på folkehelse

Det er behov for å styrke forskning om årsaker til sykdom og dårlig helse, om påvirkningsfaktorer for helse og helseatferd, og om effektive folkehelse tiltak til befolkningen og ulike målgrupper.

Helsetilstanden påvirkes av mange faktorer, som arvelige disposisjoner og miljøpåvirkning, rusmiddelbruk og psykososiale problemer, levevaner som inaktivitet og usunt kosthold. Når det gjelder forskning på mat, kosthold og helse, vil Helse- og omsorgsdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet og Landbruks- og matdepartementet vurdere samarbeid om videre satsing.

Samhandlingsforskning

Det er behov for mer forskning og innovasjon om samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Sentrale områder er pasientflyt, henvisningspraksis, tilbud til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester og effekten av forebygging og behandlingstiltak i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom å stille krav til at finansierte samhandlingstiltak bør følges av enten følgeforskning eller en evaluering, ønsker departementet å sikre overførbarhet av ny kunnskap som genereres. Departementet har gitt Forskningsrådet i oppdrag å utrede hvordan en følgeevaluering av samhandlingsreformen kan gjennomføres.

Bedre dokumentasjon og prioritering av forskning

Vi trenger et godt og objektivt beslutningsgrunnlag for å prioritere forskning til de områdene der kunnskapsbehovet er størst, og der det er gap i

kunnskapsgrunnlaget. Et viktig virkemiddel er å ha oversikt over forskningsaktivitet, ressursbruk og resultater som omfatter all medisinsk og helsefaglig forskning i helse- og omsorgssektoren og på tvers av sektorene. Det nasjonale systemet for forskningsdokumentasjon, Cristin, og Norsk vitenskapsindeks (felles publikasjonsdatabase for universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og de regionale helseforetakene) som er i drift fra 2011, skal bidra til å gjøre forskningsresultater tilgjengelig på tvers av sektorene. Det er ønskelig med økt dialog mellom frivillig sektor, private og det offentlige om finansiering og prioritering av helse- og omsorgsforskning og innovasjon. Hensikten er å se forskningsressursene og prioriteringene innenfor medisin og helse i sammenheng.

Klassifiseringssystemet Health Research Classification System (HRCS) skal benyttes som nasjonalt system for klassifisering av medisinsk og helsefaglig forskning. Systemet er tatt i bruk av alle helseforetakene i løpet av 2010, i Norsk vitenskapsindeks fra 2011 og Forskningsrådet gjennomfører et pilotprosjekt på helserelaterte program. Systemet vil gi grunnlag for bedre prioritering av forskningsressurser. Det kan derfor være behov for å videreutvikle systemet for å fange opp særskilt prioriterte områder, som samhandlingsforskning.

Helse og omsorg er et prioritert område i regjeringens arbeid med forskning og innovasjon. Forstsatt satsing på dette får høy tilslutning blant høringsinstansene. Behovet for en overordnet nasjonal strategi for helse- og omsorgsforskning og innovasjon, kalt *HelseOmsorg 2021*, vil bli vurdert. Forslaget har fått bred støtte i høringen. Strategien kan sikre en helhetlig prioritering og oppfølging på området og tydeliggjøre en nasjonal politikk fremover.

Brukermedvirkning

Det må legges bedre til rette for økt brukermedvirkning i forskning og innovasjon. Brukermedvirkning sikrer at det forskes på relevante temaer for brukerne og at nye innovative løsninger er i tråd med brukernes behov. Med brukere menes både pasienter og personell.

Når det gjelder behovsdrivet innovasjon vil departementene at tjenesten skal synliggjøre tiltak som tar utgangspunkt i brukernes (pasienter, pårørende, helsepersonell) behov. Tjenesten skal utvikle og sette i verk nye løsninger som gir bedre kvalitet for brukerne.

Offentlig initierte kliniske studier og sammenlignende effektstudier

For å sikre kunnskap på områder som ikke nødvendigvis ivaretas av forskningsinstitusjonene selv eller industrien, er det behov for offentlig initierte kliniske studier. Fra 2011 etableres et forskningsprogram for offentlige initierte kliniske studier på kreft gjennom Norges forskningsråd. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering vil få ansvar for å foreta en prioritering av tematiske områder der det er behov for offentlig initierte kliniske studier. Det er ønskelig at denne ordningen utvides til å omfatte andre fagområder på sikt.

Departementet vil også vurdere hvordan omfanget av sammenlignende effektstudier kan styrkes eksempelvis gjennom Norges forskningsråd. Det tas sikte på etablering av et forsknings-samarbeid med USA om sammenlignende effektstudier.

Innovasjon

Helse- og omsorgstjenestene må være nyskapende og fremtidsrettet. Innovasjon handler om å iverksette og innføre nye tjenester og løsninger. Innovasjon kan ta utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap, brukerbehov, ny teknologi, eller ideer fra bedrifter, helsepersonell eller enkeltpersoner. Denne typen innovasjon betegnes som behovsdrivet innovasjon. Men innovasjonen kan også ta utgangspunkt i forskning. Innovasjon er viktig for å sikre at forskningsbasert kunnskap omdannes til nye tjenestetilbud og at dette også omfatter tiltak for å endre organisasjonskultur og organisering. Det bør legges til rette for at alle forskningsprosjekter vurderer mulighetene for innovasjon, slik det gjøres i helseforetakene i økende grad. Dette blir viktig også for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Utredningen fra utvalget som ser på innovasjon i omsorgssektoren, legges frem våren 2011. Det er viktig å sikre at vellykkede innovasjonsprosjekter og piloter blir tatt i bruk og får bredt gjennomslag. Dette krever god dokumentasjon av både nytte og kostnader.

Flere studier viser at offentlig innkjøp gir større effekt på innovasjon enn direkte bidrag fra FoU. For å løse ut potensialet kreves det at helse- og omsorgssektoren blir mer nyskapende og bruker anbud som et strategisk virkemiddel for å utløse innovasjon. Bruk av før-kommersielle anskaffelser kan være et viktig virkemiddel.

Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet ønsker å videreføre og videreutvikle den langsiktige fellessatsingen på

behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Det skal skje i samarbeid med sektoren og InnoMed, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge. En midtveisevaluering gjennomført våren 2011, vil gi viktige signaler om videreføring og videreutvikling av satsingen, blant annet satsing på forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i hele sektoren. Satsingen er viktig for å få mer oppmerksomhet på utvikling av medisinskteknisk utstyr, biomedisin, IKT og tjenesteutvikling. Flere høringsinstanser mener at samarbeid med kommersielle aktører og private sykehus, vil gi et potensial for nye og mer effektive tjenester eller produkter. Dette vil gi helsesektoren bedre løsninger og næringslivet økte muligheter i et nasjonalt og internasjonalt marked.

8.5 IKT, eHelse og personvern

Stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren

Hensiktsmessig bruk av IKT er en sentral forutsetning for å nå målene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i tråd med samhandlingsreformen. I høringen til Nasjonal helse- og omsorgsplan var det mange som ga uttrykk for at det er viktig med en nasjonal politikk på dette området.

Regjeringen vil, i løpet av 2012, fremme en stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse og omsorgssektoren. Viktige temaer i meldingen vil være tilgang til pasientopplysninger i elektronisk form, elektronisk informasjonsutveksling, nettjenester til pasient og bruker, samt kunnskapsstøtte til helsepersonell. Overgang til rene digitale plattformer for informasjonsforvaltning aktualiserer spørsmål knyttet til personvern og behandling av helseopplysninger. Dette vil bli drøftet i stortingsmeldingen. Velferdsteknologi vil også bli et sentralt tema.

Nasjonal styring ved utvikling, innføring og forvaltning av samhandlingsløsninger

Det er viktig å styrke den nasjonale styringen av IKT-utviklingen for å nå målene om elektronisk samhandling. Ved utvikling, innføring og endringer av IKT-systemer i sektoren opplever myndighetene, tjenesteytere og leverandører nye problemstillinger knyttet til ansvarsfordeling, organisering og prosesser.

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert en nasjonal gruppe for IKT i helse og omsorgssektoren, eHelsegruppen. Den skal gi råd til myndighetene, og bidra til samordning, koordinering og

prioritering av IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Det skal arbeides videre med utvikling av en effektiv styringsmodell på IKT-feltet. Modellen skal sikre tydelig rollefordeling og støtte en koordinert utvikling av tiltak i sektoren. Styringsmodellen skal sikre at det gjøres overordnede prioriteringer mellom ulike tiltak. Det skal utarbeides en felles handlingsplan. Det er viktig å etablere gode arkitekturvalg. Utvikling av IKT-løsninger i helsetjenesten må være i samsvar med øvrig IKT-utvikling i offentlig sektor.

Alle på sikker elektronisk samhandlingsplattform

Det er et mål at alle aktører skal være tilknyttet ett sikkert nett, og elektronisk kommunikasjon skal være den vanlige måten å kommunisere skriftlig på.

Det er avgjørende at aktørene bruker de samme standardiserte meldingsformater og har de samme versjonene. Det er frivillig å bruke de standarder som er utviklet, og det er heller ikke satt frister for når en bestemt standard skal tas i bruk. Derfor går utviklingen saktere enn ønskelig.

Det må sikres at informasjonen overføres på en sikker måte, og at den bare er tilgjengelig for dem som har behov for det i forbindelse med pasientbehandling. Taushetsplikten og hensynet til pasientenes rett til personvern, skal ivaretas.

I kommunal helse- og omsorgslov foreslås lovendringer som gir hjemmel til i forskrift å bestemme at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Det vurderes å etablere en sertifiseringsordning for kommunikasjon av helseopplysninger. Ordningen bør ta utgangspunkt i definerte minstekrav for de elektroniske pasientjournalssystemene. Det kan være å gjennomføre lovpålagte krav, bruk av standarder, at systemet inneholder angitte elektroniske meldinger og er i stand til å kommunisere med definerte pasientjournalssystemer.

På lengre sikt må det vurderes å sertifisere at beslutningsstøtte til legene skal inngå i det elektroniske pasientjournalssystem. Bedre beslutningsstøtte kan hjelpe legen å fatte riktige beslutninger ved terapivalg, valg av dose, evaluering av effekt og oppfølging av en pasient. Beslutningsstøtte kan eksempelvis være rutiner for å gjennomføre tverrfaglige legemiddelgjennomganger og nasjonale faglige retningslinjer.

Regjeringen foreslår å lovfeste at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved

anskaffelse og videreutvikling av journal- og informasjonssystemer. Det bør også vurderes hvordan avtalestrukturer mellom enkeltaktører og myndigheter i større grad skal gjenspeile minstekrav til teknologianvendelse.

Helsenett

Norsk Helsenett SF skal ivareta drift og videreutvikling av et helsenett som skal sikre trygg kommunikasjon mellom aktørene. Det er et mål at alle aktører i helse- og omsorgssektoren skal være tilknyttet helsenettet.

Norsk Helsenett SF skal opprette et CSIRT (Computer Security Incident Response Team) for helsesektoren. Teamets hovedoppgave er å informere og tilby assistanse innen informasjonssikkerhet til virksomhetene i helsenettet. Målet er å redusere risiko for uønskede sikkerhetshendelser, og handle raskt når hendelser oppstår.

Norm for informasjonssikkerhet

Norm for informasjonssikkerhet skal sikre forsvarlig behandling av pasientdata internt i den enkelte virksomhet og trygg kommunikasjon mellom aktørene. Normen omfatter alle krav som må tilfredstilles for å oppfylle lov- og forskriftskrav til informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren.

Tilgang til helseopplysninger

Nødvendige pasientopplysninger skal være tilgjengelige for behandlende helsepersonell ved behov. Meldingsbasert kommunikasjon fungerer godt ved planlagt bruk, men har sine begrensninger ved uplanlagte situasjoner, når det haster og når pasienten har vanskelig for å gjøre rede for seg.

Elektroniske meldinger og nasjonal kjernejournal vil bidra at helsepersonell har tilgang til opplysninger når de trenger det. I noen tilfeller vil det være behov for tilgang til utvalgt informasjon på tvers av virksomhetsgrenser. Stortinget vedtok i juni i 2009 endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven som gir adgang til i forskrift å kunne gi tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomhetsgrenser for behandlende helsepersonell. Forskriften er under arbeid.

Nasjonal helseportal

Det bør sikres en enkel tilgang til ulike tjenester for pasienter og brukere, så de kan involveres i

prosesser og beslutninger om egen helse. Det skal derfor etableres en nasjonal helseportal for helsetjenesten som skal være Norges samlede inngangsport til helsetjenester på nett og gi folk relevant og kvalitetssikret informasjon.

Pasienter, brukere og pårørende vil få enkel tilgang til informasjon om sykdom og behandling, om tjenestetilbudet og veiledning om rettigheter og støtteordninger.

Første versjon av portalen skal være klar i juni 2011. I første omgang skal Helseportalen være en veiviser for befolkningen om helsetjenester, sykdom og behandling, helse og sunnhet, rettigheter og selvbetjening til tjenester. Målet er et helhetlig tilbud av nettjenester og telefontjenester.

I en ferdig utbygd nasjonal helseportal vil all informasjon om helsetjenesten være samlet på ett sted. Det vil gjøre det lettere for brukere, pasienter og pårørende å finne kunnskapsbasert informasjon om forebygging, sykdom og behandling, og det blir lettere å velge på tvers av behandlingssteder. En fremtidig mulighet er at vesentlige opplysninger om en pasient gjøres tilgjengelig uansett hvor han behandles, men bare for pasienten selv og behandlingsansvarlig personell.

Nasjonalt meldingsløft

Nasjonalt meldingsløft er et program for effektiv og helhetlig meldingsutveksling av en rekke meldinger som epikrise, henvisning, laboratorierekvisisjoner og -svar, røntgenrekvisisjoner og -svar og sykmeldinger. Innsatsen har vært konsentrert om legekontor og helseforetak. Fra sommeren 2010 har det vært lagt til rette for oppkobling av tannleger. Fra 2010 er det også satset på at pleie- og omsorgstjenesten skal kunne utveksle elektroniske meldinger med legekontor og helseforetak, til hjelp for nivåene ved inn- og utskrivning av pasienter.

eResept

Elektroniske resepter (eResept) vil gjøre det enklere, tryggere og mer effektivt å rekvirere og ekspedere reseptpliktige legemidler, medisinsk utstyr og næringsmidler. Økonomisk oppgjør til apotekene og bandasjistene ved utlevering på blå resept, kan også gjøres gjennom denne løsningen. For pasientene er det mindre risiko for feilekspedering. Forfalskning av resepter blir langt vanskeligere.

Forsøk med eResept startet i 2010 med utprøving hos allmennleger og apotek i kommunene Os og Larvik. Forsøket er godt mottatt både blant

pasienter, ansatte ved legekontor og apotek. Etter at denne pilotfasen er gjennomført, skal ordningen med eResept innføres hos fastleger i Hordaland og Vestfold, før resten av landet følger etter.

Utbredelsen vil avhenge av hvor raskt apotekene og legene tar i bruk nytt system som kan håndtere elektroniske resepter.

Nasjonal kjernejournal

Etablering av nasjonal kjernejournal er et viktig tiltak i samhandlingsreformen. Målet er å øke pasientsikkerheten ved at helsepersonellet får tilgang til oppdatert og riktig informasjon om diagnoser og behandling. Dette er spesielt viktig ved akutt innleggelse. Dermed kan man redusere risikoen for skade og feilbehandling.

Kjernejournal vil også være et viktig virkemiddel for å få korrekt informasjon om pasientens samlede legemiddelbruk. Opplysningene i kjernejournalen skal kunne være tilgjengelig for helsepersonell som har behov for det, og for pasienten selv.

Etablering av nasjonal kjernejournal vil kreve lov- og forskriftsendringer. Dette arbeidet pågår, og det skal startes et pilotprosjekt som vil gjøre utvalgt informasjon tilgjengelig på ett sted. Denne informasjonen vil i første omgang handle om personalia, pårørende, fastlege, utleverte legemidler, kontakt med spesialisthelsetjenesten, kritisk informasjon og logg over bruk. På lang sikt skal den nasjonale kjernejournalen være en integrert løsning på tvers av helsesektoren.

Telemedisin og velferdsteknologi

Det er et mål at helse- og omsorgstjenester gis så nær pasientens eller brukerens hjem som mulig. Informasjonsteknologi åpner for nye måter å samarbeide på og nye måter å levere helse- og omsorgstjenester på. IKT-løsninger kan gjøre at pasienter slipper å reise til sykehus for å få behandling, og det kan bidra til å gi pasientene et bedre lokalt helsetilbud.

Telemedisinske løsninger er nyttig når spesialisthelsetjenesten skal veilede personell i kommunene og ved hjemmebehandling. Det prøves ut telemedisinske tjenester for pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) så de kan mestre sykdommen og klare seg hjemme. Med en KOLS-koffert kan pasienten kommunisere med helsepersonell gjennom lyd og bilde.

Telemedisinske løsninger kan også benyttes i utdanning. Det har blant annet vært utprøvd ved desentralisert utdanning av tannlegespesialister i

et samarbeid mellom Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge og Universitetet i Oslo.

Med mobilt røntgen – *Røntgen på hjul* – kan røntgenbilder tas på et sykehjem, og tolkes av spesialist via nett. Pasienten slipper å reise til sykehuset. *Trygghetsnettet i Vestfold* støtter pårørende via PC og bildetelefonti. Trygghetsnett skal bidra til at pårørende til hjemmeboende pasienter får kunnskap og kompetanse til å mestre hverdagen.

Vi står overfor en rivende utvikling innen medisinsk teknologi og velferdsteknologi. Slik teknologi kan gjøre det enklere å leve selvstendig, gi økt trygghet for pårørende og det kan frigjøre tid for helsepersonell.

Regjeringens satsing på innovasjon i helse- og omsorgssektoren har et særskilt fokus på IKT. Utvalget om Innovasjon og omsorg (Hagen-utvalget) skal sette velferdsteknologien inn i en sammenheng, og finne nye løsninger på fremtidens omsorgsutfordringer. Utvalget legger frem sin innstilling sommeren 2011.

8.6 Legemidler og legemiddelbruk

Korrekte opplysninger om den enkeltes legemiddelbruk

For å sikre at helsepersonell har korrekte opplysninger om den enkeltes legemiddelbruk, må det finnes en oppdatert oversikt over medisinene pasienten tar (medisinliste). Visse kosttilskudd og naturmidler bør også registreres, fordi de kan påvirke effekten av flere legemidler dersom de tas samtidig. Medisinlisten må gjøres tilgjengelig for nødvendig helsepersonell i alle deler av helsetjenesten. Elektronisk kjernejournal vil kunne oppfylle dette. Men inntil en kjernejournal er på plass bør det etableres en løsning hvor pasienten får en medisinliste der alle legemidler er oppført. Dette er spesielt viktig ved skifte av lege eller omsorgsnivå. At pasienten får utdelt en medisinliste er et tiltak i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som startet i 2011.

Tverrfaglig samarbeid med farmasøyt og annet helsepersonell

Etablering av tverrfaglige team vil være et viktig kvalitetsforbedrende tiltak med tanke på riktig legemiddelbehandling. Teamet kan bestå av forskriver, sykepleier, farmasøyt eller klinisk farmakolog. Målet med en legemiddelgjennomgang er å vurdere pasientens totale legemiddelbruk, sett i forhold til diagnoser, effekt og bivirkninger.

Boks 8.4 Legemiddelgjennomgang

Enkelte personer har mange sykdommer og bruker mange legemidler samtidig. Det øker sjansen for unødvendig bruk, uheldige kombinasjoner og andre legemiddelrelaterede problemer. For å redusere omfanget av slike problemer er det nødvendig med grundig medisinsk utredning, legemiddelgjennomgang, oppdaterte legemiddellister og god oppfølging av pasienter med flere sykdommer. Ofte er det ulike leger som forskriver legemidler for ulike diagnoser. Det kan være fastlege, legevaktlege, spesialist eller leger ved sykehus. Symptomer behandles uten at noen av legene ser helheten eller planlegger aktiv oppfølging.

En legemiddelgjennomgang innebærer at lege, farmasøyt og eventuelt sykepleier, som et tverrfaglig team, vurderer pasientens totale legemiddelbehandling. Helsepersonellet må ha tilgang til journalopplysninger om pasientens sykehistorie. Teamet skal vurdere legemiddel-forskrivning og gjøre endringer dersom det er nødvendig for å gi best mulig behandling. Pilot-

prosjekter med tverrfaglige team som har utført legemiddelgjennomganger har vist gode resultater.

Legemiddelgjennomganger bør systematisk gjennomføres på sykehjem, i sykehus og for hjemmeboende pasienter med omfattende legemiddelbruk. Gjennomganger er også viktige når pasienten skifter omsorgsnivå.

I *sykehjem* er det aktuelt å gjennomføre legemiddelgjennomgang hvert halvår for pasienter som bruker flere legemidler samtidig.

I *sykehus* kan legemiddelgjennomganger utføres ved behov ved de ulike postene/avdelingene. Det er viktig å vurdere pasientens totale legemiddelbehandling og diagnosebilde, og ikke avgrense gjennomgangen til diagnosene som behandles av sykehuset.

For *hjemmeboende* kan fastlegen samarbeide med en farmasøyt om gjennomgangen. Det er ikke nødvendig at legen eller farmasøyten kommer hjem til pasienten.

Bedre utnytting av farmasøytens kompetanse kan bidra til riktigere legemiddelbehandling. Farmasøyter i helsetjenesten har tradisjonelt vært knyttet til rådgivning og tilsyn, men farmasøyter kan også bidra ved vurdering og oppfølging av legemiddelbehandling hos enkeltpasienter.

Mange sykehus har avtaler med farmasøyter via sykehusapotekene. Det er imidlertid få stillinger for farmasøyter innen kommunestrukturen. En farmasøyt kan tilby rådgivning, opplæring og videreutdanning, tilsyn og legemiddelgjennomgang ved sykehjem, i hjemmebasert omsorg og i andre institusjoner (se boks 8.4).

Utvalgte pasientgrupper bør få tilbud om legemiddelgjennomgang ved bytte av omsorgsnivå, og ved langvarige/regelmessige opphold i sykehus eller kommunal institusjon.

Elektroniske verktøy og databaser

Den planlagte videreutviklingen av støtteverktøy i legens elektroniske journalsystem ved eResept og forskrivningsstøtte er viktig. Det vil være aktuelt å inkludere verktøy for varsling av uheldige medikamentkombinasjoner og verktøy for tilpasning av riktig dose ved nedsatt organfunksjon, og ved ulike aldre.

Etterutdanning/tilbakemelding til legen

Bruk av kollegabasert terapiveiledning i etterutdanningsgrupper for allmennleger, der hver lege får tilbakemelding på egen forskrivningspraksis, har vist at legene blir mer reflekterte i sin forskrivning av legemidler. Deltakerne har erfart at dette er en metode som er godt egnet til å diskutere og lære mer om legemiddelbehandling. Det skal vurderes å få kollegabasert terapiveiledning inn som en del av spesialiseringen i allmennmedisin.

Pasientveiledning

Bedre veiledning for pasienter, særlig pasienter med kroniske lidelser, fører til bedre mestring av det å leve med en kronisk sykdom. Riktig legemiddelbruk er et viktig moment i en lærings- og mestringsstrategi. Pasientveiledning, ved en samtale mellom pasient og farmasøyt, kan bidra til at pasienten får en bedre forståelse for egen legemiddelbruk. Med utgangspunkt i pasientens spørsmål om egen legemiddelbruk, bør pasienten få råd om legemiddelhåndtering, toleranse og mulige bivirkninger av legemidler. Slik veiledning kan foregå på flere arenaer, for eksempel ved

utskrivning fra sykehus eller kommunale institusjoner.

Multidose

Multidose er ferdigdosererte medisiner som leveres ferdigpakket fra apoteket og som kan bidra til at håndteringen av legemidler blir enklere og mer

oversiktlig. Multidose er imidlertid ikke hensiktsmessig for alle pasienter, for eksempel pasienter som hyppig endrer dose eller som har legemidler de tar «ved behov». Multidose brukes noe i dag og det eksisterer en støtteordning for kommuner som ønsker å ta i bruk multidose. Det vil være aktuelt å fremme økt bruk av multidose.

Kapittel



Figur 9.1

9 Personell

Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen og omstillingen i helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving. Det skal være attraktivt å arbeide i helse- og omsorgssektoren.

Utdanning, rekruttering, ledelse og arbeidsmiljø må ses i sammenheng med kvalitet og kunnskap (kapittel 8). Å lykkes med utdanning, rekruttering og kompetanseutvikling er avgjørende for å nå målene i samhandlingsreformen, og for å skape en bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenesten. Overordnede mål er å sikre en utvikling på personellområdet som støtter opp om reformens intensjoner og mål. Ønsket utvikling er avhengig av tilstrekkelig tilgang på personell med nødvendig kompetanse til oppgavene i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det blir spesielt viktig å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Høringsinstansene har vært opptatt av virkemidler som utvikling av aktuelle utdanninger, fag- og kompetanseutvikling, forskning, rekruttering og personellutnyttelse, for å få til ønsket kursending i helsetjenesten.

Mål for perioden

Regjeringen skal bidra til tilstrekkelig kapasitet, fremtidsrettet kompetanseutvikling og god utnyttelse av personellressursene i helse- og omsorgstjenesten.

Kompetanseheving gjennom utdanning, forskning og fagutvikling skal stå sentralt.

Det skal jobbes systematisk med arbeidsmiljø, sykefravær og seniorutfordringer. Regjeringen vil redusere andelen deltidsstillinger og arbeide for å øke bruken av faste stillinger og begrense bruk av midlertidige stillinger.

Regjeringen vil bidra til etablering av 12 000 nye årsverk i kommunenes pleie- og omsorgssektor fra 2008 til 2015.

Gjennom kompetanseløftet skal regjeringen sikre omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning.

Bruken av midlertidig ansettelser og vikariat skal reduseres. De regionale helseforetakene skal, i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, redusere andelen deltid med 20 prosent i 2011.

Personell- og kompetanseprofilen i hele helse- og omsorgssektoren må utvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og i tråd med oppgaveutviklingen. Tverrfaglige og bærekraftige fagmiljøer er viktig for god fagutvikling og rekruttering til tjenestene.

Personell og ledelse i helse- og omsorgssektoren må sikre trygge pasientforløp og sterkere brukermedvirkning. Dette skal gjenspeiles i forskning, utdanning og praksis.

Det arbeides med sikte på å etablere ny ordning for nyutdannede leger, til erstatning for dagens turnustjeneste. Spesialistutdanningen for leger gjennomgås med sikte på fremtidig kompetansebehov og utviklingen i tjenestene.

Det skal arbeides med ledelse, lederutvikling og strategisk kompetanseplanlegging. Arbeidsgivere i helse- og omsorgstjenesten må arbeide systematisk med å rekruttere, utvikle og beholde helse- og omsorgspersonell. Den nye IA-avtalen (inkluderende arbeidsliv) skal følges opp.

Internasjonal etisk rekruttering av helsepersonell skal ivaretas. Rekruttering av personell skal skje på en betryggende måte gjennom kvalitetsikring og gode ansettelsesrutiner.

Større oppmerksomhet skal rettes mot at helsepersonell i økende grad er flerkulturelt og at mange pasienter har innvandrerbakgrunn. Språk og kulturkompetanse skal vektlegges.

Det skal arbeides videre med å tilrettelegge for økt forskningskompetanse i kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenesten (se boks 9.1). Praksisplasser og læreplasser i kommunene skal ha god kvalitet og ha tilstrekkelig omfang til å dekke behovet. Personellet skal utnyttes godt og mulige oppgaveendringer skal vurderes.

Boks 9.1 Sentre for omsorgsforskning

Det skal bygges opp miljøer med forskerkompetanse i kommunene, og etableres samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og miljøer med forskerkompetanse.

Det er etablert fem sentre for omsorgsforskning ved Høgskolen i Tromsø, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Høgskolen i Bergen, Universitetet i Agder i samarbeid med Høgskolen i Telemark, og Høgskolen i Gjøvik – som har en nasjonal koordinerende rolle. Sentrene finansieres gjennom tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet, forsknings- og utredningsmidler og oppdrag.

Sentrene skal gi forskningsfaglig bistand til utviklingssentrene for hjemmetjenester og syke-

hjem. Forskning på omsorgstjenester står sentralt. Forskningen omfatter blant annet den enkelte tjenestemottaker, tjenestetilbudene og samhandlingen mellom omsorgstjenestene og sykehusene. Det forskes også på tjenesteorganisering og tjenestehistorie. All forskningsaktivitet er praksisnær. Det vil si at den er relevant for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, tjenestemottakere og pårørende.

Det er valgt ut én kommune i hvert fylke til å være utviklingssenter for sykehjem og én kommune til å være utviklingssenter for hjemmetjenestene. Disse er bundet sammen i nettverk og støttes faglig av de fem regionale sentrene for omsorgsforskning.

9.1 Utdanning og rekruttering

Dagens situasjon og fremtidig behov for personell

Helse- og omsorgssektoren er svært personellintensiv. Behovet for arbeidskraft vil øke. St. meld nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid* peker på flere viktige utfordringer på personellområdet:

- å benytte tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenesten annerledes enn i dag
- å arbeide med helse- og sosialpersonellets kompetanse
- å rekruttere og beholde personell innen pleie og omsorg
- økt personellkapasitet.

Statistiske fremskrivninger av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell viser at det i all hovedsak vil være tilfredsstillende kapasitet frem til 2020.

Den store økningen i behov for personell vil inntre mellom 2020 og 2030. Det anslås at det primært vil bli mangel på helsefagarbeidere og til dels sykepleiere. Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utgjør den største yrkesgruppen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tilgangen på helsefagarbeidere ser ut til å kunne bli mangelfull på grunn av svak rekruttering og frafall i utdanningen. Store utfordringer vil i hovedsak komme fra 2020, og vil kunne føre til

ytterligere økt etterspørsel etter personell med høyere utdanning.

Flere høringsinstanser påpeker at spesialisthelsetjenesten vil få de samme rekrutteringsutfordringene som kommunene, fordi det til dels er de samme personellgruppene det er snakk om. Flere kommuner og fylkeskommuner opplever allerede rekrutteringsutfordringer.

Uønsket deltid, relativt høyt sykefravær og lav pensjoneringsalder er utbredt i helse- og omsorgssektoren. Uønsket deltid har også et viktig likestillingsaspekt. Kvinner har lavere stillingsbrøk enn menn. Samtidig ønsker mange arbeidstakere deltidsstillinger, og dette er mulig i helsesektoren. Ufaglærte og de med lavest utdanning, har gjennomgående lavest stillingsbrøk. Bruk av deltidsstillinger har gått noe ned, men er fortsatt utbredt i helse- og omsorgssektoren.

Helse- og sosialsektoren sysselsetter en økende andel av totalt antall sysselsatte i Norge. I 2009 var omtrent 20 prosent av den norske arbeidsstyrken sysselsatt i helse- og sosialsektoren. Familieomsorgen representerer i tillegg rundt 100 000 årsverk. Omfanget av frivillig omsorg øker ikke i takt med omsorgsbehovet i befolkningen. Det viser tidsbruk- og levekårsundersøkelsen.

I rapporten *Utdanne nok og utnytte godt* foreslår Helsedirektoratet tiltak og virkemidler for å utdanne og rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell til ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Rapporten er under oppfølging.

Innhold i utdanningene

Utdanningskjeden bør tilpasses behovene i helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer at innholdet i grunnutdanninger, videre- og etterutdanninger og spesialistutdanninger må vurderes. Det samme gjelder kompetanseheving i tjenestene. Utdanningene må i større grad vektlegge pasientforløp, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid. Undervisningen skal være kunnskapsbasert.

Praksisundervisning og læretid foregår i ulik grad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, i fylkeskommunenes tannhelsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Dette er regulert av utdanningenes rammeplaner/studieplaner. Det er stor variasjon i omfang, innhold og veiledning i praksisundervisningen. Det er viktig at den praktiske opplæringen skjer i et tilrettelagt og læringsorientert miljø, der studentene får veiledning og praktiske oppgaver som stimulerer til bruk og videreutvikling av forskningsbasert kunnskap.

Internasjonal rekruttering og utdanning

Norge er underlagt EUs tjenstedirektiv og er en del av et felles europeisk arbeidsmarked. Arbeidssøkere fra andre EU/EØS-land kan søke arbeid eller etablere egen praksis i Norge. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell og rettferdig global fordeling av helsepersonell.

Regjeringen legger til grunn at de internasjonale retningslinjene skal innføres i helse- og omsorgstjenesten i 2011. Norge skal avstå fra aktiv og systematisk rekruttering fra fattige land som selv har mangel på helsepersonell. EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv har bestemmelser om felles minimumskrav til kvalifisering for leger, sykepleiere, farmasøyter, tannleger og jordmødre. Direktivet er under evaluering.

En stadig større andel av helse- og omsorgspersonellet er utdannet i andre land, og det blir stadig flere med utenlandsk utdanning og/eller bakgrunn som søker jobb i Norge. Norge er tilsluttet flere internasjonale avtaler som bidrar til å skape et felles europeisk område for høyere utdanning.

Tiltak

Behov for personell

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes med 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015. Disse årsverkene vil bidra til å bedre kapasiteten og kompetansen i hjemmetjenester, sykehjem og ved dagaktivitetstilbud (se kapittel 5).

Allerede i dag er det mangel på helsefagarbeidere. Det meldes om frafall fra denne utdanningen i videregående skoler. En utfordring vil være å få elevene til å fullføre utdanningen de er i gang med. Det arbeides i dag med å rekruttere flere personer til helsefagarbeiderutdanningen. Stortingsmeldingen om utdanning for velferdsutdanningene skal ta for seg dette utdanningsnivået og vurdere nye og bedre tilrettelagte veier til fagbrev. Samtidig settes det i gang tiltak slik at voksne som arbeider i sektoren, kan få fagbrev.

I dag har vi tilstrekkelig kapasitet av personell med bachelor- og mastergrad, men det er geografiske forskjeller og ulik kapasitet for de ulike helsepersonellgruppene. Det kan bli ønskelig og nødvendig at personellgrupper samarbeider tettere, og at enkelte grupper kan erstattes av personell med annen relevant fagutdanning. Ved for eksempel gradvis å øke kapasiteten på tannpleiere, kan tilgangen på tannleger være tilstrekkelig.

Et likeverdig helsetilbud forutsetter god fordeling av kompetent helsepersonell i ulike deler av landet. Antall årsverk for leger har i perioden 2005–2009 økt med 15 prosent i spesialisthelsetjenesten og 10 prosent i primærhelsetjenesten. Ifølge Helsemod (SSB) regnes arbeidsmarkedet for leger å være i balanse med overskudd i perioden frem til 2027. Samtidig er det utfordringer med å rekruttere legespesialister innenfor enkelte fagområder og i noen deler av landet. Nøkkeltallsrapporten fra Helsedirektoratet 2010 viser at vi med dagens utdanningskapasitet sannsynligvis vil kunne dekke fremtidig etterspørsel etter legespesialister. Departementet regulerer legespesialiststillingene i de regionale helseforetakene ved årlig tildeling av et bestemt antall nye overlegestillinger og utdanningsstillinger. Helseforetakene arbeider med analyser av fremtidig rekrutteringsbehov, hovedsakelig knyttet til omstillingsprosesser, strukturendringer og oppgavefordeling mellom sykehusene. Departementet vil utforme en langsiktig strategi på området i løpet av planperioden. Helsedirektoratets gjennomgang av spesialistutdanningsfeltet vil inngå i denne strategien.

Boks 9.2 Pasientforløp i praksis

Helse- og omsorgstjenesten må utvikle mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Tverrfaglighet og samarbeid må være en naturlig del av praksisopplæringen. Trening i samhandling bør foregå innenfor og på tvers av helseprofesjonsutdanningene.

Legeutdanningen ved Universitetet i Tromsø har arbeidet med å øke kompetansen om pasientforløp i praksisundervisningen. Praksisundervisningen i den nye studieplanen tar utgangspunkt i et pasientforløp. Pasienter og problemstillinger følges, både reelt og virtuelt, fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten og tilbake til primærhelsetjenesten. Alle studenter får praksiserfaring fra fastlegekontor, sykehjem, hjemmebasert omsorgstjeneste, legevakt, sykestue/intermediæravdeling, lokalmedisinske og distriktpsikiatriske sentra, lokalsykehus og universitetssykehus (både poliklinikk og sengepost). Studentene får mulighet til å bygge opp egen klinisk kompetanse og praktisk erfa-

ring under veiledning av kompetente praksisveiledere.

Store deler av femte studieår tilbringer studentene ved sykehus (16 uker) og primærlegekontorer (8 uker) over hele Nord-Norge. Studentene vurderer utplasseringen i allmennmedisin som noe av det mest interessante og lærerike i studiet. Den desentraliserte undervisningen er et sterkt virkemiddel for å motivere kommende leger for arbeid i landsdelen. Studieledeelsen ønsker å utvide den desentraliserte delen av studieprogrammet. Det vurderes også å forsterke praksisdelen tidlig i studiet.

Et bredt studietilbud representerer utfordringer, men gir også store muligheter for faglig og pedagogisk utvikling. Utforming av profesjonsstudiene skal foregå i nært samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge og andre helseforetak i landsdelen, fylkeskommunale klinikker og kommunehelsetjenesten.

Innhold i utdanningene

Det må utdannes tilstrekkelig antall helse- og sosialpersonell med kunnskap og praktiske ferdigheter som er tilpasset fremtidig behov for tjenester, kompetanse og krav til samhandling. Det må iverksettes tiltak for å sikre at endringene i helse- og omsorgstjenesten og helseutfordringene reflekteres i utdanningene. Utdanningene må i teori og praksis vektlegge betydningen av helhetlige pasientforløp og brukermedvirkning (boks 9.2). Økt vekt på folkehelsearbeid og forebygging forutsetter kunnskap om helseeffekter av levevaner og hvordan man skal motivere til endring av helseatferd.

Godt samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for å skape helhetlige utdanningsløp fra grunnutdanning til videre- og etterutdanning. Offentlige spesialistutdanninger og profesjonsgodkjente spesialistutdanninger må rettes inn mot behovene for spesialisert behandling i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingskompetanse kan utvikles ved å øke kunnskap om hva andre yrkesgrupper gjør, og ved å sørge for møteplasser, felles kunnskapsgrunnlag og felles læringsarenaer. Flere helseutdanninger har til dels felles teoretisk plattform, mens praksisundervisningen er knyttet til profesjonen man utdanner seg til. Det bør vur-

deres om det er riktig vektning mellom teoretisk og praktisk undervisning i utdanningene.

Høsten 2011 vil regjeringen legge frem en stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene. Meldingen tar utgangspunkt i kompetansebehovene i arbeidslivet, med særlig vekt på helse, velferd og omsorg. Stortingsmeldingen vil presentere en samlet nasjonal kunnskapspolitikk for fremtidens helse- og sosialutdanninger. Den skal omfatte videregående opplæring, fagskoleutdanning og høyere utdanning, samt utdanningsinstitusjonenes arbeid med velferdsfaglig og helse- og sosialfaglig forskning og forskerutdanning.

Praksis under utdanning

Praksisplasser og lære-plasser skal være gode arenaer for kunnskaps- og kompetanseoppbygging. Veilederne skal ha god fagkunnskap og ferdigheter i veiledningsmetodikk. Samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonene og helseforetak, kommuner og fylkeskommuner skal sikre gode praksisplasser.

Behovet for kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, innebærer at en større del av studentenes praksislæring bør foregå i kommunene. Flere steder er det vanskelig å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser i primærhelsetjenesten og kvaliteten varierer. Det

finnes i for liten grad kontaktpersoner eller enheter i kommunene med overordnet ansvar for å tilrettelegge for praksisopplæring.

Dersom studentene har fått god veiledning og har gode erfaringer fra praksisundervisning og læretid i kommune og fylkeskommune, kan det bidra til å rekruttere medarbeidere til tjenesten. Det er vist at rekruttering til arbeid utenfor sykehus øker dersom studentene har tidlig og regelmessig kontakt med kommunehelsetjenesten.

Turnustjeneste

Leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopedingeniører må gjennomføre turnustjeneste etter endt utdanning, for å få autorisasjon. Målet med turnustjenesten er å kvalifisere nyutdannede til å arbeide selvstendig.

Dagens turnustjeneste for leger omfatter ett års tjeneste i sykehus og et halvt år i kommunehelsetjenesten. Fordeling av plasser skjer ved sentral loddtrekning. Staten plikter å opprette plass til alle som melder seg fra EØS-området. Turnusordningen er under press. Det er problemer med å skaffe mange nok og gode nok turnusplasser. Helse- og omsorgsdepartementet har utredet forslag til en ny modell. De peker i sin rapport på betydelige kapasitets- og kvalitetsmessige utfordringer med dagens modell. I tillegg påpeker de at i dagens modell gir begrenset forutsigbarhet og valgfrihet, både for nyutdannede leger og arbeidsgivere.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en omfattende omlegging, og departementet har forslaget til vurdering. Sentralt i forslaget er å avvikle dagens turnustjeneste og erstatte den med nybegynnerstillinger. Det vil kunne bety at sentral loddtrekning avvikles. Videre foreslås å styrke den kommunale tjenestetiden for nyutdannede leger. Forslaget har vært på en bred høring. Høringssvarene tilsier at hovedinnretningen på direktoratets forslag kan opprettholdes. Det må tas hensyn til innvendingene om distrikts-hensyn, kvalitet og forutsigbarhet.

Departementet vurderer også om utdanningsløp fra grunnutdanning til spesialistutdanning for leger kan ses mer i sammenheng. En eventuell innføring av nybegynnerstillinger som erstatning fra dagens turnustjeneste, innebærer at det gis autorisasjon etter fullført grunnutdanning. Leger i nybegynnerstillinger skal fortsatt ha tjeneste både ved sykehus og i kommuner. Pasientsikkerhet og behovet for kvalitet i helsetjenesten vil fortsatt stå sentralt. Den nye ordningen skal ivareta behovet for trygge helsetjenester og legers behov for god faglig og pedagogisk veiledning. Ny ordning må vurderes i sammenheng med internasjonale for-

hold, hvordan stillingene skal innrettes og behovet for god legedekning i alle deler av landet.

Videre- og etterutdanning, spesialistutdanning

Helsetjenesten er avhengig av at helsepersonell øker sin kompetanse også etter grunnutdanningen. Spesialisering foregår både i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Etterutdanning er ikke formalisert tilleggsutdanning som bidrar til kompetanseutvikling. Videreutdanning er formalisert tilleggsutdanning ved universiteter, høyskoler og fagskoler. Spesialistutdanning for leger, tannleger og optikere leder til offentlig spesialistgodkjenning. Fag- og profesjonsforeninger bidrar til kompetanseheving i tjenesten. Noen profesjonsorganisasjoner godkjenner i dag ulike videreutdanninger for sin yrkesgruppe. Departementet vil vurdere om flere yrkesgrupper skal få offentlig spesialistgodkjenning.

Befolkningssammensetning, sykdomsmønstre, medisinsk-teknologisk utvikling og organisatoriske endringer medfører nye behov for kompetanse. Fra høsten 2011 skal Helse- og omsorgsdepartementet overta spesialistgodkjenningen av leger, tannleger og optikere fra profesjonsforeningene. Et kjerne-spørsmål er om ansvars- og arbeidsdeling mellom aktører i utdanning av spesialister i helsetjenesten, er hensiktsmessig og fremtidsrettet. Organisering, innhold og struktur i spesialistutdanningen av leger skal gjennomgås for å sikre at utdanningen tilpasses fremtidige behov i helse- og omsorgstjenesten. Legespesialister må ha kompetanse om generelle plager og sykdommer i befolkningen for å kunne bistå kommunene med veiledning og opplæring. Godt samarbeid mellom spesialister og allmennleger kan bidra til bedre behandling i hele pasientforløpet. Godt samarbeid kan også forbedre henvisningsrutinene.

Dobbeltkompetanse

Innenfor flere helseprofesjoner etterspørres personer med forsker- og spesialistutdanning, såkalt dobbeltkompetanse. Det er etablert egne parallelle utdanningsløp for psykologer og tannleger for å oppnå dobbeltkompetanse.

Økt kompetansebehov

Det er behov for økt kompetanse forebygging og tidlig intervensjon, i tverrsektorielt folkehelsearbeid, og i å skaffe oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker denne. Slik kunnskap må tas i bruk i kommunens plan- og prosessarbeid for

å utvikle målrettede tiltak. Helse- og sosialpersonell med kunnskap om endring av helseatferd, kan hjelpe brukere til å mestre sykdom og medvirke til at sykmeldte kommer tilbake i jobb.

Det er også behov for økt kompetanse blant personell som allerede arbeider i tjenestene. Det gjelder særlig tilbudet til grupper med sammensatte behov innen habilitering og rehabilitering, psykisk helse og rusfeltet. Gjennom opptrappingsplanene for psykisk helse og rus er det etablert flere tilskuddsordninger for å øke kompetansen i kommunene, spesialisthelsetjenesten, i politiet og i kriminalomsorgen. Regjeringen vil i den varslede stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken, komme tilbake til behovet for spesialistkompetanse i behandlingen av rusmiddelavhengige.

Kommunene må alene eller i samarbeid med andre kommuner, vurdere å tilsette personell med utdanninger som er lite benyttet i kommunene i dag. Det kan være farmasøyer, klinisk ernæringsfysiologer, sosionomer, kulturarbeidere med flere. Det er etablert en tilskuddsordning for å gi støtte til kommuner som ansetter psykologer.

Det bør vurderes å etablere flere kombinerte stillinger, der man kan være vitenskapelig tilsatt ved universiteter og høyskoler, samtidig som man er tilsatt i helse- og omsorgstjenesten i kommune eller fylkeskommune. Slike arbeidsforhold er foreløpig mer utbredt i spesialisthelsetjenesten.

Samarbeid

Regjeringen og KS har inngått en avtale om utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Kvalitetsavtalen). Avtalen ble inngått i 2006 og gjelder ut 2011. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen bygger på dialog mellom partene om de generelle rammebetingelsene for kommunesektoren. Avtalen omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester som ytes uavhengig av diagnose, herunder også tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Samspillet mellom de kommunale tjenestene og familie og frivillig sektor, står sentralt for å møte et økende tjenestebehov.

Partene er enige om at utfordringene skal møtes ut fra lokale behov, men mener likevel at viktige strategier for å møte fremtidens omsorgsutfordringer er:

- kapasitetsvekst og kompetanseheving
- samhandling og medisinsk oppfølging
- planlegging, forskning og kvalitetsutvikling
- aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold

- partnerskap med familie og lokalsamfunn.

Avtalen angir mål for kvalitetsutviklingen. Konkrete tiltak vil bli utarbeidet av partene i fellesskap. For tiltak og aktiviteter på regionalt og lokalt nivå, samarbeider KS og fylkesmannen som regional myndighet på helse- og omsorgsområdet, der dette er naturlig.

Partene vil i fellesskap utvikle strategier for å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft med større tverrfaglig bredde. Partene vil legge til rette for å redusere bruken av deltid i sektoren, for å sikre kontinuitet og stabilitet for brukere og ansatte. Det skal legges til rette for god ledelse og godt arbeidsmiljø og det skal stimuleres til ledelsesutvikling lokalt. Partene skal bidra til at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har grunnleggende kompetanse i yrkesetikk. Partene skal i fellesskap øke kommunenes styringsmuligheter og styringsvilje når det gjelder allmenntilleggsrettet offentlig legearbeid, slik at legetjenesten til brukere av omsorgstjenesten styrkes.

KS vil bidra til tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten, herunder støtte opp under regjeringens mål om å øke andelen med høyskoleutdanning og økt oppmerksomhet på helsefagarbeiderutdanningen. KS vil samarbeide med Helsedirektoratet om en ledessatsing i helse- og omsorgstjenesten. KS vil stimulere til god yrkesutøvelse, blant annet gjennom opplæringstilbud med vekt på etikk.

Regjeringen vil sikre nødvendig utdanningskapasitet ved høyskolene. Videre vil regjeringen styrke kompetansen om aldersrelaterte og psykiske lidelser i medisinstudiet og i helsefagutdanningene. Kommunene skal gis økt forutsigbarhet gjennom fireårige handlingsprogram på Helse- og omsorgsdepartementets områder, blant annet en kompetanse- og rekrutteringsplan, handlingsplan for demensomsorg og handlingsplan for eldre i sykehus.

Oppdragsdokumentet til regionale helseforetak

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2011 er det presisert at de har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner. Regionale helseforetak har ansvar for at det utdannes tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene, og at det må legges til rette for å sikre breddekompetanse, særlig ved mindre sykehus. De regionale helseforetakene skal ha særskilt oppmerksomhet på legestillinger

som kan styrke utvikling av lokalsykehus og samhandling med kommunene.

Regionale helseforetak er gitt i oppgave å analysere fremtidig behov for legespesialister, for å avdekke områder hvor det kan bli et skille mellom forventet behov og tilgang på spesialister. Det må iverksettes tiltak for å bidra til økt utdanning i legespesialiteter som det er vanskelig å rekruttere til. Regionale helseforetak bør samarbeide om denne oppgaven. De skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser i helsefagarbeiderutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningen. Regionale helseforetak skal bidra i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å skaffe bedre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. Tilleggskompetanse utover grunnutdanningene skal ha særlig oppmerksomhet.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid med utdanningsinstitusjonene, sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin.

Utnytte tilgjengelige ressurser

Det er viktig at de tilgjengelige ressursene utnyttes best mulig. Oppgavene må fordeles mellom personellgruppene, slik at arbeidskraften benyttes riktig og for å oppnå best mulig kvalitet i tilbudet. Det gjelder både i spesialisthelsetjenesten, i tannhelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kompetansen kan også benyttes på andre måter enn i dag. For eksempel vil deltakelse i tverrfaglige team blir enda viktigere.

Det må stimuleres til systematisk kompetanseoverføring på tvers av og innen forvaltningsnivåene. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt og etablering av samarbeidsavtaler og møtearenaer er viktige virkemidler. Det ble i 2007 inngått en nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Avtalen gjelder til utgangen av 2011. Avtalen skal ses i sammenheng med avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten (Kvalitetsavtalen).

Målet med avtalen er å støtte inngåelse av lokale avtaler og danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. Videre skal den bidra til systematisk oppfølging på samhandlingsområdet på nasjonalt nivå. De lokale avtalene skal bidra til bedre samarbeid mellom nivåene for pasienter og brukere som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Partene mener at det er viktig at kommunene og helseforetakene etablerer arenaer og prosesser

for samhandling. Et viktig kriterium for god samhandling er gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene. Partene vil synliggjøre utfordringene med samhandling i utdanning av helsepersonell, og støtte gjensidig kompetanseoverføring.

Helse- og omsorgssektoren har mange ansatte med innvandrerbakgrunn. Det er positivt at sammensettingen av personell speiler samfunnet. I perioden vil flere ledere med minoritetsbakgrunn bli rekruttert, noe som kan bidra til å spre kunnskap om flerkulturell forståelse og minske språkbarrierer.

Brukere og pasienters kunnskap og erfaring som tjenestemottakere, representerer nyttig kompetanse.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å avklare kvalitets- og kompetansekrav til ambulanserbiler, både de som brukes til akutte oppdrag og de som brukes til ordinær transport av bårpasienter. Dette vil kunne bidra til en mer riktig bruk av de samlede ressursene.

Deltid og heltid

For å utnytte arbeidskraftressursene bedre, må det arbeides for å redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering. Det skal også iverksettes tiltak for å redusere bruk av midlertidige ansettelser og vikariater.

Departementet har i foretaksmøtene i 2011, bedt de regionale helseforetakene om å bruke faste stillinger og redusere bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et minimum. De regionale helseforetakene er bedt om å sørge for at helseforetakene i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011.

Helse- og omsorgstjenestens utdanningsansvar

Kommuner, fylkeskommuner og helseforetak er i ulik grad forpliktet til å delta i utdanning av personell og til å drive forskning. Finansieringsordningene for disse aktivitetene, er også ulike.

I forslag til helse- og omsorgstjenestelov foreslås å videreføre kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Det er behov for å tydeliggjøre kommunenes ansvar, og det legges opp til at utdanning skal inngå i de nye lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene.

Behovet for utdannet personell i kommunene og i spesialisthelsetjenesten bør ses i sammen-

heng og gi grunnlag for felles planlegging. Medvirkning til undervisning og praktisk opplæring skal presiseres i felles forskrift for lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om spesialisthelsetjenester.

9.2 Ledelse og arbeidsmiljø

Det stilles store krav til ledelse og organisering for å sikre god kvalitet i tjenestene og effektiv bruk av personellressursene. God personalledelse og god faglig ledelse har betydning for trivsel og sykefravær og for at medarbeiderne skal ønske å bli i jobben. Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid er langsiktig arbeid som krever tid og prioritering.

Ledelse

Ledelse av helsevirksomheter er i økende grad profesjonalisert. Lederne har i de senere år fått større bredde i kompetanse og erfaringsbakgrunn. Langt flere helsepersonell har formell lederutdanning, og en økende andel av lederne har en annen utdanning enn helsefaglig.

Å være leder i helse- og omsorgstjenesten oppleves av mange som svært krevende. Det gjelder ikke minst i sykehusene, som er komplekse kunnskapsorganisasjoner med mye høyspesialisert personell. Flere høringsinstanser fremhever viktigheten av lederutdanning og lederutvikling og behovet for kunnskap om hva som faktisk virker innen helseledelse, lederutvikling og lederutdanning.

I spesialisthelsetjenesten har det vært jobbet systematisk med ledelses- og organisasjonsutvikling siden sykehusreformen i 2002. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det satset på opplæring i ledelse gjennom *Flink med folk* og *Flink med folk i første rekke*, og gjennom en egen opplæringspakke i Kompetanseløftet 2015. Ledere i omsorgssektoren rekrutteres gjerne fra fagfeltet, og mangler ofte formell lederkompetanse.

Flink med folk i første rekke er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og KS. Prosjektet skal styrke ledelse av tverrfaglig arbeid i kommunenes helse- og omsorgstjenester, samt bedre deres evne til å drive kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling. Målsettingene i prosjektet er:

- bedre kvalitet på tjenestene som tilbys brukerne
- etablering av flere samarbeids- og refleksjonsarenaer på tvers av tjenester, nivåer og personellgrupper
- å styrke den gjensidige forståelsen for og anerkjennelsen av aktørenes ansvar, roller og oppgaver

- økt tverrfaglig samarbeid og samhandling både innad og mellom tjenestene
- bedre utnyttelse og bruk av ansattes kompetanse
- systematisk refleksjon rundt egen rolle og atferd
- bedre planlegging av rekrutterings- og kompetansebehov i kommunens helse-, pleie- og omsorgstjeneste
- økt bruk av individuelle planer
- høyere grad av brukermedvirkning og brukertilfredshet.

Norsk institutt for by- og regionforskning ferdigstiller en evaluering av *Flink med folk i første rekke* i 2012.

Det er et ledelsesansvar å ha oversikt over kvalitet og status for pasientsikkerhet i egen virksomhet. Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid forutsetter at ledelsen bruker resultatene til å iverksette tiltak, og at tiltakene følges opp og etterspørres.

Utvikling og forvaltning av menneskelige ressurser og intellektuell kapital har fått økende oppmerksomhet i offentlig sektor de siste årene. Kompetanseplanlegging, lederutvikling, arbeid med sykefraværproblematikk, arbeidsmiljø og medarbeidertilfredshet er viktig, ikke minst med tanke på å beholde og utvikle gode medarbeidere. Arbeidsgivere må også gi muligheter for kompetanseheving, videre- og etterutdanning. Faglighet og forskningsaktivitet i et bredt tverrfaglig miljø, bidrar til å skape attraktive arbeidsplasser. Det må legges vekt på sykefravær, deltidsproblematikk og seniorutfordringer.

I tillegg til formelt rammeverk og overordnet nasjonal styring og føringer på området, er det flere viktige samarbeidsarenaer. Det skjer politikkutforming mellom arbeidsgivere og arbeidsgiverorganisasjonene. I spesialisthelsetjenesten vil det si samarbeid mellom arbeidsgivere og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter, og mellom KS og kommunene for kommunesektoren. Fra nasjonalt hold er det viktig å stimulere og se til at utviklingen på området går i ønsket retning, for arbeidsgivere i enda større grad skal lykkes med å skape attraktive arbeidsplasser i konkurransen om arbeidskraften.

Sykefravær

Sykefraværet blant ansatte i helse- og omsorgssektoren er noe høyere enn gjennomsnittet for andre sektorer. Dette til tross for at det arbeides systematisk med lederutvikling og utvikling av

gode arbeidsmiljøer og arbeidsplasser. Langtidsfraværet er høyere for kvinner enn for menn. En av fem ansatte i omsorgstjenesten er over 55 år. Om lag hver tiende arbeidstaker i kommunal omsorgstjeneste slutter i jobben i løpet av ett år, enten for å gå over i annen jobb eller for å forlate arbeidslivet.

Tiltak

Regjeringen mener at ledelses- og arbeidsmiljøutfordringer i helse- og omsorgssektoren må møtes med tiltak, først og fremst i regi av kommunene, fylkeskommunene og helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar for at utviklingen går i ønsket retning.

Det bør etableres flere felles møtearenaer for ledere i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, noe som også er etterlyst i høringen om Nasjonal helse- og omsorgsplan. Som ledd i arbeidet med samhandlingsreformen blir det viktig at ledere i helsetjenesten evner å bygge kulturer for helhetsforståelse, og stimulerer og motiverer til samarbeid på tvers av fagmiljøer og enheter.

Ledelse i helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet har formidlet styringskrav til helseforetakene for kommende periode, blant annet knyttet til oppfølging av IA-avtalen (inkluderende arbeidsliv), videreføring av det nasjonale lederutviklingsprogrammet, og utvikling av en nasjonal lederplattform.

Ledelse er enkelt sagt å lede virksomheten etter de målene som er satt, og innenfor de rammer som er gitt. Helsetjenesten har en komplisert målstruktur og krevende rammebetingelser. I tillegg får helsetjenesten stor oppmerksomhet politisk, i mediene og i befolkningen. Dette gjør at ledelse i helsetjenesten er krevende.

Lederrollen i sykehus varierer, avhengig av nivå, ansvar og oppgaver. Men noen funksjoner er felles for alle ledere, uavhengig av rolle og plassering. Ifølge NOU 1997: 2 *Pasienten først* må ledelsen i sykehusene:

- kontinuerlig vurdere behov for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser (strategisk ansvar)
- ta et helhetlig ansvar for resultater, og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer (driftsansvaret)
- ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten, og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses (personalsvaret)

- sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt, for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati (kommunikasjonsansvaret).

I forbindelse med at sykehusene ble endret fra forvaltningsorganer til foretak, ble det meislet ut seks nasjonale krav til lederatferd i sykehusene. En leder skal være helhetstenkende, ansvarlig, handlekraftig, endringsvillig, kommuniserende og inspirerende.

I staten er det fastsatt en egen lederplattform som angir prinsipper og retningslinjer for ledelse. Det tas sikte på å utarbeide en egen lederplattform for ledere i helseforetakene, i løpet av planperioden. Den skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederatferd. En slik lederplattform kan brukes av den enkelte leder, og til rekruttering, vurdering og utviklingstiltak for ledere i virksomhetene. Arbeidet med utforming av de nasjonale lederkravene, er viktige premisser i arbeidet med å fastsette og forankre en nasjonal lederplattform for ledere i helseforetakene.

Ledelse i kommunale helse- og omsorgstjenester

Det fremgår av kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS at partene vil legge til rette for god ledelse, godt arbeidsmiljø og stimulere til ledelsesutvikling lokalt.

Det er avsatt midler i Kompetanseløftet 2015 for å utvikle og distribuere en praktisk lederoppføringspakke for de kommunale omsorgstjenestene. Prosjektet *Flink med folk* legger vekt på ledelse av tverrfaglig samarbeid, særlig innen psykisk helse og rusfeltet, samt strategisk kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling. I samarbeid med KS arbeides det med kommunenettverk for å videreutvikle god ledelse og praksis for strategisk kompetansestyring.

Nettverkssamlingene i kommunene vektlegger:

- strategisk kompetanseutvikling
- utarbeidelse av strategisk kompetanseplan for kommunen
- fremtidsrettet ledelse
- arbeidsplassen som læringsmiljø
- brukermedvirkning for riktig kvalitet.

Etikk i helse- og omsorgstjenesten

Det må arbeides videre med etikk og verdier i helse- og omsorgstjenesten, for å sikre at pårørende og brukere møtes med respekt og forståelse.

I foretaksmøtene i januar 2011, er det stilt krav om at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha etiske retningslinjer som setter generelle normer og prinsipper for etisk ansvarlig opptreden. Retningslinjene gjelder for de ansatte, og for styremedlemmer og andre som representerer foretaket, så langt de passer. De etiske retningslinjene skal være kjent og ligge på foretakenes hjemmesider.

Klinisk etikk-komiteer er opprettet ved alle helseforetak i Norge. De siste årene er det også opprettet flere klinisk etikk-komiteer i kommunehelsetjenesten. Komiteene skal bidra til å styrke refleksjonen rundt situasjoner som oppstår i yrkeshverdagen og at etiske utfordringer håndteres på en god måte. Komiteene er tverrfaglige og kan gi råd på forespørsel, men er ikke noe klageorgan og har ingen sanksjonsmyndighet.

Regjeringen vil videreføre samarbeidsprosjektet om etisk kompetanseheving, som er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, yrkesorganisasjonene og KS. Målet er å bidra til at kommunene styrker den etiske kompetansen i helse- og omsorgstjenestene og stimulerer til systematisk etisk refleksjon i tjenestene.

Organisasjonsetikk er et viktig ledd i samarbeidet om etisk kompetanseheving. Medarbeidere i flerkulturelle organisasjoner kan oppfatte situasjoner ulikt, noe som kan føre til reaksjoner på hverandres atferd. Arbeid med organisasjonsetikk krever planlegging og oppmerksomhet. En forutsetning for å lykkes er at ledere, ansatte og brukere ser betydningen av å sette av tid til organisasjonsetiske refleksjoner.

Tilsettinger

Gode rekrutteringsprosesser er et lederansvar. Det er en fare for pasientsikkerheten at helsepersonell som har mistet sin autorisasjon, lisens eller godkjenning i ett nordisk land, etablerer arbeidsforhold i et annet land uten at arbeidsgiver er kjent med tilsynsanmerkninger og andre reaksjoner. Det er behov for bedre informasjonsutveksling om slike forhold på tvers av landegrensene.

De nordiske helseministrene har avtalt bedre utveksling av informasjon mellom helsemyndighetene i Norden. De har lagt til grunn at det skal være økt adgang til å utveksle informasjon når nordiske statsborgere søker om autorisasjon som helsepersonell i et annet nordisk land. Det pågående arbeidet er forankret hos danske myndigheter. De nordiske ministrene er opptatt av at

arbeidsgivere må være bevisst sitt ansvar for å kvalitetssikre opplysninger om helsepersonells bakgrunn. Blant annet er det kommet forslag i Nordisk Råd om et elektronisk register i Norden. Dette kan være én mulighet for å bedre informasjonsutvekslingen og dermed øke pasientsikkerheten.

I veilederen *Gode rutiner – Gode tilsettinger for arbeidsgivere i helsetjenesten ved tilsetting av helsepersonell* (Helsedirektoratet) foreslås en rekke tiltak som vil bidra til å kvalitetssikre tilsettingsprosesser. Befolkningen skal ha tillit til at helse- og omsorgspersonell har god og hensiktsmessig kompetanse, også språkkunnskaper. Helsemyndighetene har ansvar for at nødvendige godkjenningsordninger er på plass. Arbeidsgiverne har ansvar for å forsikre seg om at de som ansettes, har nødvendig kompetanse og tilfredsstillende krav til personlig egnethet, språkferdigheter m.v. Regjeringen vil understreke viktigheten av at arbeidsgivere følger tiltakene i veilederen.

Innsatsen for å forebygge sykefravær og for å hindre at arbeidstakere ikke faller ut av arbeidslivet, må styrkes. I 2009 nedsatte regjeringen et utvalg for å vurdere sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. NOU 2010:13 *Arbeid for helse – sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren* er lagt frem. Utvalget legger til grunn at målene i IA-avtalene skal være førende i arbeidet med å redusere fraværet i helse- og omsorgssektoren.

Utvalget har lagt vekt på betydningen av samarbeid mellom partene i arbeidslivet, og at tilsynsmyndighetene og andre myndigheter har en viktig rolle i arbeidet for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Målet er at tiltakene skal sette i gang prosesser i virksomhetene. Siden en så stor andel av de sysselsatte i sektoren er kvinner, vil tiltak rettet mot kvinner ha stor betydning. Helse- og omsorgssektoren har utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger. Utvalget foreslår tiltak på fem områder:

- styrke kunnskap og kompetanse om sykefravær og utstøting
- forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold
- bedre tilrettelegging for gravide
- bedre seniorpolitikk
- tettere oppfølging av sykmeldte.

Rapporten er sendt på bred høring i 2011, og vil bli fulgt opp på egnet måte.

Kapittel

10



Figur 10.1

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Nasjonal helse- og omsorgsplan gir politiske føringer for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i perioden 2011–2015, og skal være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten. I planen er det redegjort for regjeringens overordnede mål og tiltak for de kommende årene. I planperioden vil det være behov for å øke innsatsen innenfor kompetanse, folkehelse og utvikling av primærhelsetjenester.

Kommunene har hatt mulighet til å søke statlige etableringsmidler knyttet til utvikling av tilbud sammen med andre kommuner og helseforetak. Ordningen vil fases ut i takt med at nye finansieringskilder etableres i løpet av planperioden. Helsedirektoratet er i gang med å lage informasjon og veiledningsmaterieell til kommunene om etablering av kommunesamarbeid, om avtaler mellom kommuner og helseforetak, og om kommunal helse- og omsorgslov og folkehelseoven.

Mange av tiltakene i planen har ikke store økonomiske og administrative konsekvenser. Viktige unntak fra dette er de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen, og innføring av plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgnopphold. Det vises til nærmere omtale i kapittel 3 og i kapitlene 16, 40 og 41 i Prop L 91 (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

De viktigste økonomiske virkemidlene er kommunal medfinansiering for bruk av spesialisthelsetjenester, og innføring av kommunalt finansieringsansvar for utskrivingsklare pasienter. I forbindelse med overføring av oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, skal det også skje en overføring av budsjettmidler fra de regionale helseforetakene til kommunene. I overføringen som skal gå til utskrivingsklare pasienter og etablering av øyeblikkelig hjelpdøgntilbud, er det lagt til grunn en døgnpris som inkluderer kapitalkostnader. Dette er knyttet til plikten for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgnopphold. Regjeringen vil komme tilbake til de endelige bevilgningsmessige konsekvensene i kommuneproposisjonen og budsjettforslaget for 2012.

Kommunal medfinansiering

En kommunal medfinansieringsmodell avgrenset til medisinske behandlingsepisoder (opphold og konsultasjoner) er anslått til om lag 4,2 mrd. 2011-kroner inkludert poliklinisk virksomhet. Et tilsvarende beløp skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene fra 2012.

Utskrivingsklare pasienter

Antall utskrivingsklare liggedøgn i 2007–2009 var om lag 140 000 i gjennomsnitt hvert år, eller om lag 380 døgnplasser (Norsk pasientregister). Gitt en døgnpris på 4 000 kroner innebærer dette om lag 560 mill. 2011-kroner. Et tilsvarende beløp skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene fra 2012.

Plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelpdøgntilbud

Plikten fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra de regionale helseforetakene (RHF) til kommunene i perioden 2012 til 2015. Gradvis overføring skal sikre en forsvarlig innfasing og mulighet for å etablere tilbud. Det er lagt til grunn et måltall for 2012–2013 på om lag 120 000 liggedøgn og en kostnad per liggedøgn på 4 330 kroner (inkludert kapitalkostnader).

Behov for ytterligere styrking i kommunene

I tillegg skal en større del av veksten i helsebudsjettene komme i kommunene, blant annet for å ivareta behovet for økt forebygging og styrket folkehelsearbeid. Regjeringen vil i sine årlige budsjettframlegg komme tilbake med forslag til eventuelle endringer i bevilgningene til kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Både kommunal medfinansiering og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter, forutsetter at relevante data om spesialisthelsetjenesten gjøres tilgjengelig for kommunene, og brukes som grunnlag for økonomisk oppgjør. Norsk pasientregister (NPR) er den

primære kilden til styringsdata for spesialisthelsetjenesten. Det er etablert rutiner for å kvalitetssikre utbetalingene gjennom systemet for innsatsstyrt finansiering (ISF). Rutinene kan utvides til å omfatte kvalitetssikring av grunnlaget for kommunal medfinansiering av somatiske behandlinger. Helsedirektoratet som i dag forvalter dagens finansieringssystemer, skal forvalte ordningen. Informasjon om aktivitetsutviklingen vil gå fra sentrale myndigheter til kommunene, på samme måte som til spesialisthelsetjenesten i dag. Datagrunnlaget for oppgjør skal være et nasjonalt ansvar, og ta utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister (NPR). Datagrunnlaget gjøres tilgjengelig for kommunene, for eksempel gjennom en nettbasert løsning hvor kommunene fortløpende kan få innsyn i og informasjon om kostnader til kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter.

God og kvalitetssikret styringsinformasjon til kommunene fra spesialisthelsetjenesten, er et sentralt premiss i samhandlingsreformen. Bevilgningen til Norsk pasientregister er økt med 5 mill. kroner i 2011, til å utvikle kommunale data på for-

bruk av spesialisthelsetjenester. I Danmark er det lagt til rette for automatisk betaling fra kommunene til regionene. Den kommunale medfinansieringen er i betydelig grad håndtert som en del av den aktivitetsbaserte DRG-finansieringen. Det er dermed ingen kostnader for kommuner og regioner forbundet med selve oppjøret og betalingen. Det skal arbeides videre med en betalingsordning for det kommunale finansieringsansvaret i Norge.

Det skal i 2011 igangsettes en følgeevaluering av reformen i regi av Norges forskningsråd. Følgeevalueringen skal gi nyttig informasjon gjennom planperioden og være et grunnlag for fremtidige justeringer i virkemiddelbruk.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011 om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) blir sendt Stortinget.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Forsideillustrasjon: Anne Melby

Trykk: 07 Aurskog AS 04/2011

