



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 47

(2008–2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid



Forord

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

I min første uke som helse- og omsorgsminister reiste jeg landet rundt for å se og lytte og danne meg et bilde av dagens helse-Norge. Da jeg presenterte ideen om en ny helsereform – samhandlingsreformen – ble jeg møtt med veldig mange positive reaksjoner – fra brukere, pårørende, ansatte, KS, fagforeninger, politikerkolleger og blant folk flest. De var enige: Mye er veldig bra, men mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den. Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge.

Norge er av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per person, men vi har ikke fått tilsvarende mye god helse igjen for det. Flere blir syke, flere blir gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, flere sykdommer kan behandles med ny teknologi og køene til spesialisthelsetjenesten vokser. Utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig. Det må vi ta inn over oss. Skal vi lykkes med å endre utviklingen, må vi handle nå!

Vi må bli flinkere til å styre de nye pengene som kommer inn i helsetjenesten. Min påstand er at mye penger brukes feil i helsetjenesten. Vi møter ikke framtida ved å bruke enda mer penger feil. Fremdeles skal mye og mer penger gå til spesialisthelsetjenesten. Sykehusene skal være en hjørnestein i helsetjenesten. Men vi må våge å tenke nytt. Det betyr å satse på forebygging framfor reparasjon, og sørge for økonomiske incentiver som setter kommunene i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger.

Veksten i ressurser må i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester. Og det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid.

Å skape god helse og forebygge sykdom er et langsiktig mål som krever handling nå. For en tid tilbake var jeg på besøk i Vågå. Der møtte jeg Kari på snart 100 år. Hun hadde aldri i hele sitt liv vært lengre sør, nord, øst eller vest – enn det fjellene satte grenser for. Men for to år siden brakk hun lårhalsen, og ble fraktet 15 mil av gårde til sykehus på Lillehammer. Hun fikk utmerket hjelp, og ble etter hvert frisk og gangfør igjen. Vel hjemme i Vågå ble hun en dag spurt om hun noen gang hadde vært i Oslo og sett Karl Johans gate, Slottet og Stortinget. Kari hadde svar på rede hånd: «Å nei du, så sjuk ha e nå all'der vorre»

Kari har levd et godt liv i kommunen, og hun trengte ikke sykehus før sent i livet. Slik vil jeg at det skal det være for flest mulig av oss. Jeg har sans for formuleringen at «pasienten er midlertidig utskrevet til spesialisthelsetjenesten». Altså at sykehuset skal yte spesialisthjelp og at pasienten skal raskt tilbake til hjemkommunen når han/hun er ferdig behandlet. Men skal vi lykkes med gode pasientforløp, må vi sette kommunene i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging. Pasientene skal få rett behandling på rett sted til rett tid. Det skal vi klare med samhandlingsreformen.



Bjarne Håkon Hanssen
Helse- og omsorgsminister

Innhold

Del I	Sammendrag og hovedgrepene i samhandlingsreformen	11	Del II	Samhandlingsproblemenes omfang	39
1	Sammendrag	13	4	Dokumentasjon av samhandlingsproblemenes omfang	41
2	Om stortingsmeldingen	19	4.1	Samhandlingsutfordringene er store i dag	41
2.1	Arbeidet med samhandlingsreformen	19	4.1.1	Eldre pasienter	41
2.2	Disposisjonen i meldingen	19	4.1.2	Pasienter med diagnose der sykdomsgruppen har mer eller mindre innslag av kroniske sykdommer	41
3	Hovedinnholdet i samhandlingsreformen	21	4.1.3	Utskrivningssituasjonen	42
3.1	Bakgrunn	21	4.1.4	Innskrivningssituasjonen	42
3.2	Hvorfor behov for en reform – problemforståelsen	21	4.2	Samhandlingsutfordringene er voksende	43
3.2.1	Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester	21	4.2.1	Økning i antall eldre	43
3.2.2	Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom	22	4.2.2	Økning i livsstils – og aldersrelaterte sykdommer	43
3.2.3	Demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne	24	4.2.3	Feil i innskrivnings- og utskrivningssituasjonen	43
3.3	Diagnosen er satt – hva er behandlingen – hovedtiltak for å lykkes med strategien	24	Del III	Utdypende om enkelte tema . . .	45
3.3.1	Innledning	24	5	Pasientrolle og pasientforløp . . .	47
3.3.2	Klarere pasientrolle	25	5.1	Innledning	47
3.3.3	Ny framtidig kommunerolle	26	5.2	Pasienten i sentrum for samhandling gjennom pasientforløpene	47
3.3.4	Etablering av økonomiske insentiver	30	5.2.1	Arbeid med pasientforløp	49
3.3.5	Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse	33	5.3	Pasientens rolle i helse- og omsorgstjenesten – forholdet til medvirkning	51
3.3.6	Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer	34	5.4	Bruk av lovgivning for å understøtte samhandling	52
3.4	Andre strategiske tiltak	35	5.4.1	Helse- og omsorgslovgivning som nasjonalt styringsvirkemiddel	52
3.4.1	Bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren	35	5.4.2	Konkrete lovtiltak for å understøtte samhandling ift. pasientens rolle . .	52
3.4.2	Et kompetent helsepersonell – i alle deler av tjenesten	36	6	Ny framtidig kommunerolle – aktuelle framtidige oppgaver . . .	55
3.4.3	Sikre god samhandling med andre sektorer	36	6.1	Innledning	55
3.5	Alle aktørgrupper må være med . . .	37	6.2	Utviklingen i omsorgstjenesten . . .	56
3.6	Erfaringer fra andre land	38	6.3	Aktuelle framtidige oppgaver	57
			6.4	Kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold	58

6.4.1	Observasjon og etterbehandlingsplasser	60	7.4.1	Kunnskap om effekt av forebyggingstiltak	82
6.4.2	Lindrende behandling	61	7.5	Regelverk og tilsyn	82
6.4.3	Rehabilitering og habilitering	62	7.6	Forebyggende helsearbeid skal styrkes	83
6.4.4	Finansiering av lokalmedisinske sentra	63	7.6.1	Bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer lokalt	83
6.4.5	Oppsummering	64	7.6.2	Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt	83
6.5	Tverrfaglige team, herunder ambulante	65	7.6.3	Kommunale lærings- og mestringstilbud bl.a. med lavterskeltilbud ...	84
6.6	Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling	66	7.6.4	Helsestasjons- og skolehelse-tjenesten	84
6.7	Psykisk helse og rus	67	7.6.5	Tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid	85
6.7.1	Status og utfordringer	67	7.6.6	Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester, f.eks innen ernæring, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern	86
6.7.2	Forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud	68			
6.7.3	Forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen (rehabilitering) ved psykiske lidelser	69			
6.7.4	Ambulante team – Assertive Community Treatment (ACT)	69			
6.7.5	Lavterskel helsetilbud til rusavhengige	70			
6.8	Forankring av lokal jordmor-tjeneste	70	8	Bedre legetjenester i kommunene	89
6.8.1	Bakgrunn	70	8.1	Kort om fastlegeordningen	89
6.8.2	Stortingets behandling	71	8.2	Erfaringer fra fastlegeordningen ...	90
6.8.3	Vurdering og oppsummering	71	8.3	Framtidige prioriterte oppgaver ...	90
6.9	Administrasjon/ systemarbeid	71	8.3.1	Samfunnsmedisinsk arbeid – kommunelegerollen	91
6.9.1	Helseovervåking	72	8.4	Rekruttering	91
6.9.2	Folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver	72	8.5	Fastlegens portnerfunksjon	92
6.9.3	Arbeid med avtaler	74	8.5.1	Behov for å styrke fastlegenes/ legevaktslegenes vurderingskompetanse	92
6.10	Styrke innovasjonsevnen i helse- og omsorgssektoren	75	8.5.2	Behov for styrkning av den kliniske kompetansen i fastlegepraksiser ...	92
6.11	Kommunesamarbeid	75	8.5.3	Behov for forskning i allmenn-medisin	93
6.11.1	Innledning	75	8.5.4	Praksiskonsulenter/samarbeidsleger	93
6.11.2	Samarbeid om frivillige oppgaver ..	75	8.6	Kommunal ledelse og styring av fastleger	94
6.11.3	Samarbeid om lovpålagte oppgaver og offentlig myndighetsutøvelse ...	76	8.6.1	Finansiering av fastlegeordningen .	94
6.11.4	Vurdering av modellene	76			
6.12	Samarbeidsavtaler mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak	77			
7	Styrke forebyggingsarbeidet	79	9	Etablering av økonomiske insentiver	97
7.1	Forebygging	79	9.1	Innledning	97
7.1.1	Et godt utgangspunkt	79	9.2	Sammenheng mellom kommunale tilbud og bruk av spesialisthelsetjenester	97
7.1.2	Et større helsepotensial	79	9.3	Dagens finansierungsordninger ...	101
7.1.3	Ikke-smittsomme sykdommer er en økende helseutfordring	79	9.4	Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten	101
7.2	De samfunnsmessige konsekvensene	80	9.4.1	Sentrale forhold i det videre utredningsarbeidet	102
7.3	Effekten av forebyggende tiltak ...	80			
7.4	Informasjon og veiledning	82			

9.4.2	Nærmere vurdering av de ulike innretningene	103	13	Et kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetjenesten ...	125
9.4.3	Risikoreduserende tiltak for alle innretningene	104	13.1	Nasjonal helseplan – utfordringsbildet.	125
9.4.4	Videre arbeid før valg av innretning	104	13.2	Utdanning av helsepersonellet – ett av flere virkemidler	126
9.4.5	Mulig innfasing.	105	13.3	Dimensjonering	127
9.5	Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter	105	13.4	Et kompetent helsepersonell	128
9.5.1	Dagens ordning og omfang.	105	13.5	I alle deler av helsetjenesten – fordelingsmekanismer	129
9.5.2	Konkret modell.	106	13.5.1	Legefordelingssystemet	129
9.6	Reduksjon av innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten	107	13.5.2	Bruk av andre mekanismer.	129
9.7	Annet utviklingsarbeid.	107	13.6	Helsetjenesten som læringsarena .	130
9.7.1	Ambulant virksomhet.	107	13.7	En god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene	130
9.7.2	Sykstuer i Finnmark.	107	13.8	Dialog og prosess med ansattes organisasjoner	131
9.7.3	Bedre integrering av avtale-spesialistene	108	14	IKT i helse- og omsorgs-sektoren	133
9.8	Alternative finansieringsmodeller. .	108	14.1	Innledning.	133
9.8.1	Pengene følger pasient.	108	14.2	Hovedutfordringer	134
9.8.2	En modell med kommunalt helhetsansvar («den finske modellen»)	109	14.2.1	Utfordringsbildet	134
9.8.3	Vurdering av modellene	109	14.2.2	Endrede teknologiske forutsetninger gir utfordringer for personvernet.	134
10	Spesialisthelsetjenestens organisering og oppgaver	111	14.3	Mål for bruk av IKT	135
10.1	Spesialisthelsetjenestens plass i samhandlingsreformen	111	14.4	Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT	135
10.2	Utvikling av spesialisthelsetjenesten	112	14.5	Tidsfrister for oppkobling til et sikkert norsk helsenett for kommunikasjon av meldinger.	136
10.2.1	Spesialisthelsetjenesten som støttespiller i utviklingen av kommunene	112	14.6	Utrede utvikling av en Nasjonal kjernejournal.	137
10.2.2	Pasientforløp	112	15	Krav til ledelse og organisering	139
10.2.3	Logistikk	113	15.1	Konsekvenser for spesialisthelsetjenesten	139
10.2.4	Bruk av private aktører	113	15.2	Konsekvenser for kommunene.	139
10.2.5	Eierstyring og kostnadskontroll ...	114	16	Frivillige organisasjoner	143
11	Særskilte utfordringer for den samiske befolkning	117	17	Gjennomføringen av samhandlingsreformen	145
11.1	Språk	117	17.1	Generelt om gjennomføringen	145
11.2	Kulturell kommunikasjon	118	17.2	Lovtiltak.	146
11.3	Utfordringer	118	17.3	Dialog og prosesser med berørte grupper	146
11.4	Spesialisthelsetjenesten	118	18	Økonomiske og administrative konsekvenser	149
12	Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen	121			
12.1	Tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen	121			
12.1.1	Dialogprosessene	122			
12.1.2	Pasientforløp	122			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 47

(2008–2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

-

Del I
Sammendrag og hovedgrebene
i samhandlingsreformen



Figur 1.1

1 Sammendrag

Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer står i fokus i denne stortingsmeldingen. Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vurdert i forhold til begge disse perspektivene bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Vektleggingen av dette utviklingsbehovet står ikke i motsetning til en oppfatning om at dagens tjenester har mange kvaliteter og at de fleste pasientene tas hånd om på en god måte. Det er en god helse- og omsorgstjeneste som skal gjøres bedre. Samtidig legges det i meldingen ikke opp til at samhandlingstiltak skal være det enerådende utviklingsperspektivet framover. Mange av pasientene vil primært være avhengige av at det leveres gode tjenester fra ett av tjenestestedene. Den sterke satsingen på bedre samhandling skal ikke fjerne oppmerksomheten fra kvalitets- og utviklingsarbeid som mer isolert er rettet inn mot det enkelte tjenestestedets ytelser.

Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester i den forstand at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og ofte også over en kortere eller lengre tidsperiode. Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot de ulike deltjenestene, herunder oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT-systemer. I tillegg er det slik at det er ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Men forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til sam-

handlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbagemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk.

Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene.

Vi har i dag ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering.

Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Dette gir utfordringer som må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak. Det vil kreves både mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge og det politiske miljøet må være beredt til nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger.

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i likhet med andre Vest- europeiske

Boks 1.1 Samhandling

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

land, i stor endring. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov.

Endringene gir store utfordringer i forhold til å bevare og videreutvikle de sentrale velferdsordningene i Norge. Det kreves både vilje og mot til å etablere nye strukturer innenfor flere samfunnssektorer. Dette er bakgrunnen for at regjeringen nå gjennomfører både en pensjonsreform og en NAV-reform i tillegg til samhandlingsreformen. Disse reformene er nødvendig for å sikre at den norske solidaritetspolitikken og folketrygden er bærekraftig også for framtidige generasjoner.

Utviklingen av demografi og sykdomsbilde, med store forskyvninger fra yrkesaktive til ikke-yrkesaktive/behandlings- og pleietrengende, og derav økte behov for tjenester, gir tilsvarende store utfordringer for helse- og omsorgssektoren. Der som ikke utfordringene møtes med tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger, vil valget stå mellom to ikke ønskelige alternativer. Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen.

Hovedgrep

Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.

Kjernen i samhandlingsreformen er å søke å svare på alle de tre påpekte utfordringene. Det er regjeringens vurdering at det ikke er motsetning mellom disse. Alle tre krever tiltak som understøtter helheten i tjenestesystemene. For det første må tiltakene dels være av strukturell karakter, i den forstand at det må skje endringer i den strukturelle oppbyggingen av tjenesten som skal møte framtidens behov. Men gode strukturer gir i seg selv ikke sikkerhet for at de ønskede tjenestene blir levert. For det andre må det derfor også etableres ramme-

betingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide og til å levere tjenester i samsvar med målene i helse- og omsorgspolitikken. I samhandlingsreformen vurderes en rekke tiltak som kan bidra til å svare på utfordringene. Det primære siktemålet med stortingsmeldingen er å legge fram forslag om hvordan hensynet til samhandling bør påvirke retningen for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren, slik det kommer til uttrykk i hovedgrepene som omtales nedenfor. Dette er meldingens viktigste formål. Det har ikke vært ambisjonen at det med utgangspunkt i de skisserte hovedgrepene skulle legges fram noen komplett detaljert liste over de oppfølgende tiltakene. Så langt det er vurdert å være hensiktsmessig er det lagt fram forslag om konkrete tiltak, dels også presentert som alternativer som Regjeringen vurderer. I lys av Stortingets behandling vil Regjeringen, innenfor rammen av den hovedstrategi som velges, komme tilbake til Stortinget med de endelige forslagene. Regjeringen vurderer følgende fem hovedgrep:

Hovedgrep 1: Klarere pasientrolle

Et av utslagene av de oppsplittede systemene innenfor helse- og omsorgstjenesten er at også pasientenes medvirkning i stor grad er styrt inn mot de enkelte delene av tjenestene. Pasientmedvirkning på de ulike tjenestestedene, slik det for eksempel i de senere årene er utviklet gjennom brukerrådene i helseforetakene, vil bli opprettholdt og videreutviklet. Som et supplement til dette, og som en viktig del av arbeidet med pasientforløp, vil det sammen med pasientorganisasjonene og øvrige berørte aktører arbeides med hvordan pasientene og deres organisasjoner i større grad kan trekkes med i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Gode helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad. Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Gitt de utfordringer som helsetjenesten står overfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikk-

ken å legge til rette for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse.

Hovedgrep 2: Ny framtidig kommunerolle

Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer.

I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helse-tjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Et sentralt poeng i meldingen er at kommunene kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver. I utviklingsarbeidet må det være oppmerksomhet mot spekteret av ulike fagprofesjoner og at man evner å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe.

En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres, eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi. Behov bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Dette vil bidra til å forhindre sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringssevne. Dette er også viktig for å redusere omfanget av personer som helt eller delvis mister kontakten med arbeidslivet på varig basis som følge av helsemessige problemer, jf. bl.a. målsettingene med NAV-reformen. I denne stortingsmeldingen beskrives og drøftes aktuelle oppgaver som kommunene kan gis ansvar for. Dette er oppgaver som Regjeringen vurderer å legge til kommunene.

Boks 1.2 Forløp

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

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

Regjeringen vil i sin vurdering legge vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt på kommunalt nivå. Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne meldingen. Hvilke oppgaver, omfanget av disse og tidspunkt for iverksettelse vil Regjeringen ta stilling til etter at stortingsmeldingen er behandlet av Stortinget.

Oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig kompetanse er en av hovednøkklene. Det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. I det videre arbeidet vil det også vurderes nærmere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

Hovedgrep 3: Etablering av økonomiske insentiver

De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. Kjernen i begrunnelsen er at kommunen også gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktignok bruk av sykehusene.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil også innebære en endring av spesialisthelsetjenestens økonomiske rammebetingelser. Som en del av arbeidet med samhandlingsreformen er det foretatt en vurdering av innretningen av finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten med sikte på at dette skal understøtte målene i samhandlingsreformen. Aktivitetsbasert finansiering bør fremdeles være en viktig del av finansieringen av spesialisthelsetjenesten, men særlig med bakgrunn i den vekt som framover skal legges på forebygging og tidlig intervensjoner foreslås det at satsen for aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten reduseres fra 40 til 30 pst.

Hovedgrep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Helsepolitikk dreier seg i stor grad om trygghet for befolkningen, både i den forstand at gode tjenester er tilgjengelige når de trengs, og at tilgjengeligheten gir befolkningen en trygghet i forhold til det offentlige tjenestetilbudet. At spesialisthelsetjenesten leverer kvalitativt gode tjenester, som tar

opp i seg teknologi- og metodeutvikling som nasjonalt og internasjonalt skjer innenfor medisin og helsefag, er et viktig grunnlag for befolkningens trygghet. I samhandlingsreformen er det en ambisjon å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen. Dette kan primært skje på to måter. For det første vil en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene. For at det andre kan et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.

Hovedgrep 5: Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Problemet med manglende helhet understrekes også ved at heller ikke myndighetene har et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helse-

og omsorgstjenestene. Med de utfordringer som følger av demografisk og epidemiologisk utvikling, må det tilstrebes at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene. Det må unngås at prioriteringsbeslutningene knyttes til deltjenester av det samlede forløpet, med risiko for at disse er dårlig tilpasset hverandre. Etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i 2007 representerer en viktig utvikling av de helhetlige prioriteringene. Som en oppfølging av dette skal Nasjonal helseplan videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjeneste.

Andre strategiske tiltak

Regjeringen ønsker å supplere de fem hovedgrepene med tiltak på flere områder. Tiltak som vurderes er knyttet til; utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.



Figur 2.1

2 Om stortingsmeldingen

2.1 Arbeidet med samhandlingsreformen

Det ligger i samhandlingsutfordringens vesen at aktører som bærer de ulike posisjonene må komme sammen og i fellesskap finne fram til tiltakene som gir bedre pasientforløp og mer samfunnsøkonomisk rasjonelle løsninger. I arbeidet med meldingen har det derfor vært lagt vekt på å ha dialog med aktuelle aktørgrupper. Det har vært gjennomført dialogmøter med bruker- og ansatteorganisasjoner, herunder med Kontaktutvalget for brukere i spesialisthelsetjenesten som i sitt mandat har samhandling som ett område. Det er holdt kontaktmøter med KS, og gjennomført dialogmøte med KS og et utvalg kommuner på politisk og administrativt nivå. Videre er det gjennomført dialogmøte med de regionale helseforetakene og helseforetakene, i tillegg til at det har vært dialog med blant annet private tjenesteytere, frivillige organisasjoner, Sametinget, innvandrerorganisasjoner og statlige råd. Mange organisasjoner og enkeltpersoner har gjennom møter og skriftlige innspill gitt departementet mange nyttige impulser til arbeidet. Samarbeid og dialog med brukerorganisasjoner og ansatteorganisasjoner vil også stå sentralt i det kommende arbeidet. Når de enkeltstående tiltakene skal konkretiseres vil Helse- og omsorgsdepartementet ha stor nytte av mottatte innspill i tillegg til at det vil bli gjennomført høringsrunder overfor berørte aktører.

I tillegg har det vært en egen ekspertgruppe som har rådgitt helse- og omsorgsministeren i arbeidet med reformen. Det har vært avholdt åtte møter. I tilknytning til møtene i ekspertgruppa ble det arrangert folkemøter i Alta og på Ål. Denne gruppa har bestått av personer som ut fra sitt personlige og faglige ståsted har bidratt med erfaringer og inspirerende innspill på samhandlingsområdet. Helse- og omsorgsministeren oppnevnte følgende medlemmer i sin ekspertgruppe: Kolbjørn Almlid, Nadia Ansar, Marit Botnen, Dagfinn Enerly, Anette Fosse, Anne Kari Lande Hasle, Bjørn-Inge Larsen, Stein Kaasa, Marit Myklebust, Victor Norman, Karin Søraunet, Unn Teslo og Nils Fredrik Wisløff.

2.2 Disposisjonen i meldingen

Stortingsmeldingen er inndelt i tre hoveddeler. I del I, kapitlene 1 til 3, gjennomgås hovedtrekkene i samhandlingsreformen. I del II, kapittel 4, beskrives omfanget av samhandlingsproblemene nærmere. Utgangspunktet for kapitlet er at god innsikt og forståelse av samhandlingsutfordringenes karakter og omfang er avgjørende for å kunne sette inn de riktige tiltakene. I del III, kapittel 5 til 18, redegjøres det mer utdypende om grunnlaget som ligger til grunn for departementets vurderinger og forslag, i tillegg til at det redegjøres for hvordan gjennomføringen av reformen er tenkt og om økonomiske og administrative konsekvenser.



Figur 3.1

3 Hovedinnholdet i samhandlingsreformen

3.1 Bakgrunn

Samhandlingsutfordringen har vært erkjent gjennom mange tiår. Det har vært et fortløpende utviklingsarbeid for å møte utfordringene. Likevel er tilbakemeldingene fra brukere, pasienter, pårørende og tjenestene selv at samhandling fortsatt er et stort problem. Dette betyr ikke at situasjonen, gjennom flott innsats fra helse- og omsorgstjenestens aktører, i mange tilfeller er bra og at det også er gjennomført viktige utviklingstiltak. De senere årene skal det særlig vises til NOU 2005: 03, Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalget). Utredningen leverte en bred analyse av problemstillingen og la fram mange enkeltstående forslag om tiltak. Utredningen bidro til at mange aktører fikk bedre erkjennelse av samhandlingsutfordringen, og er blant annet bakgrunnen for at staten og KS sommeren 2007 på frivillig grunnlag inngikk avtale for å forbedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Utredningen har for eksempel vært et viktig grunnlag for utviklingsarbeidet som er gjort i de senere årene for å bedre bruken av individuell plan.

Samhandlingsreformen adskiller seg fra Wisløff-utvalget gjennom de strukturelle grep som vektlegges for å bedre samhandlingen, jf. for eksempel forslaget om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og den vekt som det i reformen legges på at kommunene i framtida skal løse oppgaver der de har sine faglige og organisatoriske fortrinn. Wisløff-utvalget sier selv om sitt arbeid: «Utvalget ser ikke at dyptgripende endringer i oppgave- og ansvarsdelingen mellom nivåene vil kunne løse samhandlingsutfordringene. Utvalgets hovedgrep for å fremme bedre samhandling er en rekke mindre forslag til endringer som i sum vil ha god effekt. Utvalgets samlede forslag kan derfor sees som et ønske om en innholdsreform i helsetjenesten.»

3.2 Hvorfor behov for en reform – problemforståelsen

Det er bred enighet i det norske samfunnet om at det offentlige skal ta ansvar for at befolkningen til-

bys gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, økonomi, sosial og etnisk forhold. Med utgangspunkt i denne målsettingen leveres det i dag helse- og omsorgstjenester av høy standard, og for flertallet av pasienter og brukere fungerer tjenestene godt. Medarbeidere fra en rekke yrkesgrupper bidrar til at det norske samfunnet i internasjonale sammenligninger ligger blant de fremste i verden. Dette betyr ikke at situasjonen er uten utfordringer og dels utfordringer som er av krevende karakter.

Det er mange forhold som er med å skape helse- og omsorgstjenestens samhandlingsproblemer. Vi bør naturligvis forstå alle faktorene som er med å skape problemene, men når vi skal finne fram til tiltakene er det særlig viktig å identifisere de mest grunnleggende årsakene. Regjeringen mener at hovedutfordringene er knyttet til:

- 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

Regjeringens analyse er at det er de samme mangler og svakheter som gjør seg gjeldende både i forhold til de samfunnsøkonomiske utfordringene og de mer pasientrelaterte utfordringer. Som vi skal komme tilbake til under kapittel 3.3, gjør dette også at det i stor grad vil være de samme tiltakene som vurderes å svare på alle utfordringene.

I denne stortingsmeldingen er det i stor grad brukt pasient som benevnelse. Dette vil også i mange tilfeller omfatte brukere.

3.2.1 Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Vi har i liten grad systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot del tjenestene. Ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivå, kommunene forvalter primærhelse-

tjenesten og omsorgstjenestene, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det mange organisatoriske oppsplittinger både innad i kommunen og innad i helseforetakene. Vi har rettighets-, finansierings-, beslutnings-, brukermedvirknings- og prioriteringsbestemmelser rettet inn mot henholdsvis spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, men vi har i liten grad systemer som er rettet inn mot pasientens samlede behov. De ulike aktørene har i liten grad ansvar for å legge til rette for en god veksling med andre aktører. Alle måles og belønnes på det de gjør innenfor egen «søyle» – og ikke på det de gjør på tvers. Dette inkluderer også at vi ikke har beslutningssystemer som avklarer hvordan myndighetene på en helhetlig måte vil stille opp overfor aktuelle behov. Individuell plan er et viktig tiltak for å gi pasienter og brukere koordinerte tjenester, og utviklings- og forbedringsarbeidet av tiltaket vil fortsette. Det er departementets oppfatning at dette må reguleres med tiltak av mer strukturell karakter.

Dette gjør at tjenestene ofte oppleves fragmenterte og uoversiktlige, og vekslingen mellom disse kan oppleves som problematisk for pasient/bruker og utfordrende for aktørene. Ofte må pasientene og deres pårørende selv ivareta mye av den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene. Brukere og pasienter påføres unødige belastninger, forsinkelser i form av økte ventetider og unødige komplikasjoner. Dette er også dårlig offentlig ressursforvaltning.

Når den tjeneste- og ressursinnsats som blir satt inn på ett område ikke følges opp med de nødvendige tjenester på et annet område, vil også den foretatte ressursinnsatsen gi liten nytte. Verdien av den behandlingen som gis i spesialisthelsetjenesten vil ofte være sterkt avhengig av at kommunen følger opp med tjenester og tilpassede tilbud. Eksempel på dette kan være en rusmisbruker som etter langvarig rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er avhengig av et parat og helhetlig tilbud i kommunen med både praktisk bistand, bolig, dagaktiviteter og nødvendige helsetjenester for å kunne forbli rusfri. På den annen side vil en økt kommunal innsats på forebygging og en oppgradering av kommunale tjenester isolert sett medføre en kostnad for kommunene, mens gevinsten delvis kan komme i spesialisthelsetjenesten i form av sparte sykehusinnleggelser.

Det er også viktig å legge til rette for god samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer som for eksempel NAV, barnevern og PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste). Eksempelvis er forholdet mellom helsetjenester og

arbeidsrettede tjenester også et område med behov for koordinering, både i overgangen fra sykdom til arbeid og ved bruk av helsetjenester parallelt med arbeid. Apotek er også en viktig innsatsfaktor i helsetjenesten som må inkluderes i arbeidet med å øke samhandlingen i helsetjenesten lokalt.

Mangelen på en helhetlig tilnærming til pasientforløp er et problem for den enkelte pasient ved at de ikke mottar godt nok koordinerte tjenester, og det er et problem i forhold til utfordringene med bærekraftig utvikling når det ikke ligger til rette for å sette inn helhetlige tiltak mot de samlede pasientforløpene.

I diskusjonen om organisering av norsk offentlig sektor har det med rette vært en viktig problemstilling hvordan ansvar og oppgaver bør fordeles mellom statlig og kommunal sektor. Det er også viktig i et samhandlingsperspektiv at man finner fram til en god fordeling av oppgavene der man evner å gjøre nytte av hvert av de to forvaltningsnivåenes fortrinn. Både hva gjelder for eksempel statens og spesialisthelsetjenestens evne til å håndtere spesialiserte helseproblemstillinger på en kompetent måte. Videre at man på områder der denne spesialiserte kompetansen ikke er nødvendig, evner å gjøre nytte av kommunens befolkningsnærhet, og at bredden av de kommunale oppgavene kan sees i forhold til den enkelte pasients eller brukers behov og mestringsutfordringer. Samtidig er det viktig å erkjenne at kjernen i samhandlingsutfordringen er av en annen karakter. Her er poenget at tjenester som leveres fra virksomheter i de to forvaltningsnivåene inngår i en helhetlig oppfyllelse av den enkelte pasients eller brukers behov. Ikke minst vil dette være avgjørende for pasienter med kroniske sykdommer. For å ivareta denne dimensjonen vil problemstillingen være hvor langt man skal gå i å iverksette systemtiltak som forankres i det helhetlige pasientforløpet, og der systemtiltakene vil kunne innebære begrensninger i handlefriheten på de to forvaltningsnivåene og innad i virksomhetene på de to nivåene. Denne problemstillingen har vært sentral i arbeidet med samhandlingsreformen og det vises til helhetlig omtale om hvordan utfordringen foreslås møtt under kapittel 5.

3.2.2 Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Strukturen i helsetjenesten er i for liten grad tilpasset kroniske sykdommer og også framveksten av de kroniske sykdommene. Helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse og forebygge

helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon.

Fokus på forebygging og tidlig intervensjon er et uttrykk for at myndigheter og tjenester må bygge på et helhetsperspektiv for helse- og omsorgstjenestene. Søkelyset på denne innfallsvinkelen må derfor ikke stå i et motsetningsforhold til oppfølgingen av pasienter og brukere med etablerte kroniske sykdommer. Også for disse gruppene er det viktig at det samlede tjenestetilbudet blir sett i et helhetlig samhandlingsperspektiv. Videre må ikke fokuset på forebygging og tidlig intervensjon føre til at de ikke mottar tjenester fra spesialisthelsetjeneste og kommuner i samsvar med myndighetenes rettighets- og prioriteringsbestemmelser. System- og holdningstiltak må understøtte dette.

Flere forhold er årsak til dette. I stor grad er dette kommunale oppgaver og kommunene har dels ikke hatt forutsetninger for å etablere robuste faglige organisasjoner som kan stå for en sterkere innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene.

Både sett i forhold til den enkelte og i forhold til samfunnsøkonomi, vil det beste være at tiltak og ressurser settes inn så tidlig som mulig, slik at sykdom unngås, utsettes eller reduseres. En tilrettelegging av tjenestetilbudet kan i mange tilfeller medføre at sykdomsutviklingen hindres tidlig i forløpet og dermed gi både befolkningen en helsegevinst og en samfunnsøkonomisk gevinst ved redusert behov (i praksis vil det dreie seg om at veksten blir lavere) for mer kostbar sykehusbehandling senere i forløpet. En forventet økning av kronisk syke og en forestående økning i antall eldre, forsterker dette argumentet. Dette er også viktig for å redusere omfanget av personer som helt eller delvis mister kontakten med arbeidslivet på varig basis som følge av helsemessige problemer.

Lærings- og mestringstilbud er en av oppgavene som kan vurderes å inngå i et tjenestetilbud i kommunen. Konservativ behandling utenfor spesialisthelsetjenesten, har god effekt for flere pasientgrupper. Eksempler på dette er slitasje (artrose) i hofter og kneledd, der man bør prøve fysioterapi med øvelser og styrketrening, før operasjon blir vurdert. Ofte kan operasjon utsettes eller unngås ved riktig trening. Disse pasientene er ofte i yrkesaktiv alder, og målet for rehabiliteringen er at de

skal tilbake i arbeid. Tidlig avdekking av funksjonssvikt, umiddelbar igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetjenesten kan bedre funksjon og mestring, redusere eller utsette behov for sykmelding, pleie- og omsorgstjenester, institusjonsplass eller spesialisthelsetjenester.

Det er anslått at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, dvs. i sykehus, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunen. Det vises til boks 9.1 om samarbeidet mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital som illustrerer hvordan man gjennom en systematisk tilnærming for arbeidsdeling og samarbeid, kan oppnå løsninger som både er bedre for pasient og samfunnsøkonomi. Dette kan bl.a. tyde på at vi har til dels en strukturell mangel i behandlingsskjeden mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Terskelen mellom det kommunale tilbudet og sykehusbehandling er blitt for høy. I tillegg kan det også være strukturelle mangler innad i de kommunale helse- og omsorgstjenester som gjør at pasienter unødig havner på sykehus.

Resultatet er blant annet at en del pasienter blir klassifisert som utskrivningsklare, men blir liggende i sykehus i påvente av kommunalt tilbud. Andre pasienter havner unødig på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset behovet de har. Anslag viser at hver syvende somatisk sykehusseng i 2007 var belagt med pasienter som enten var utskrivningsklare eller som aldri burde vært på sykehus. Fortsetter vi den samme praksisen vil hver fjerde til femte somatiske sykehusseng i 2030 være belagt med denne pasientgruppen, grunnet økning av andelen eldre. Tilsvarende tall for psykisk helsevern er nærmere hver tredje seng. Dette gir i tillegg store utfordringer knyttet til lange ventelister fordi mange av sykehussengene oppholdes av de som ikke trenger å være der til trengsel for de som har behov for sykehus tjenester.

I arbeidet med samhandlingsreformen har flere trukket fram spørsmålet om hvordan en sterkere innsats på de kommunale ansvarsområdene vil påvirke befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Dels er det trukket fram at empiri indikerer at effekten av den økte kommunale innsatsen faktisk vil føre til at kommunens befolkning gjør større bruk av spesialisthelsetjenesten og ikke motsatt. Det er viktig at det settes søkelys på denne problemstillingen, både når det skal tas avgjørelser om hovedlinjer i utviklingen av helse- og omsorgspolitikken, og når man kommer til selve gjennomføringen av framtidig strategi. Denne problemstillingen belyses nærmere i kapittel 9. Drøftingen

antyder at kommunen har relativt gode muligheter til å påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, særlig for enkelte aldersgrupper og diagnoser. Det er derfor viktig å etablere insitamentsordninger som inspirerer til kommunalt engasjement i forhold til problemstillingen. Denne vurderingen er en vesentlig del av grunnlaget for den satsing som i samhandlingsreformen gjøres på de økonomiske insitamentene for kommunene.

3.2.3 Demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Demografisk utvikling og endringer i sykdomsbilde viser at de samfunnsmessige effektene over tid kan få et omfang som sterkt utfordrer samfunnets bæreevne. Samhandlingsproblemene er store og vokser med spesialiserte personellgrupper, behandlingskompleksitet, funksjonsdeling og nye pasientgrupper.

Fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre. I følge SSBs befolkningsframskrivninger (SSB 2006 MMMM) vil folketallet fortsette å stige jevnt til 5,4 millioner i 2030 og 5,8 millioner i 2050. Antall personer over 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030 og over 500 000 i 2050. Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen, og er av vesentlig interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og helse- og omsorgstjenester. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050. Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. Forutsetninger om befolkningens helsetilstand vil ha stor betydning for utgiftene til pleie og omsorg i årene framover. Framskrivninger gjort av SSB til St.meld. nr. 25 (2005–2006), Om framtidens omsorgsutfordringer, viser at den kommunale omsorgstjenestens utgifter vil øke fra 3,4 prosent av BNP i 2005 til 4,7 prosent i 2030 og 6,7 prosent i 2050, under forutsetning av at perioden med nedsatt funksjonsevne på slutten av livet er uendret, men utsettes ved forlenget levealder (utsatt sykkelighet). Dersom vi legger til grunn et alternativ med utvidet sykkelighet (flere år med hjelpebehov) vil utgiftene til omsorgstjenester utgjøre 10,5 prosent av BNP i 2050.

Det er også grunn til å tro at antallet yngre brukere vil fortsette å øke i årene framover. I tillegg

ser vi en stor økning i sykdommer som kan være knyttet til levevaner og helseadferd som folk vil leve med livet ut. Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov. Verdens helseorganisasjon har beregnet at depresjon vil være den diagnosen som vil påføre samfunnet de største helsemessige kostnadene i 2020. Hver tredje som er uføretrygdet og hver fjerde nye som blir uføretrygdet i Norge har en psykisk primærdiagnose. Selv om en viderefører dagens standard og dekningsgrad på tjenester, så vil de offentlige utgiftene komme til å øke fra 44 pst. av fastlands BNP i dag til i størrelsesorden 55 pst. i 2060¹. Dette innebærer også at det blir enda viktigere å legge vekt på å unngå at personer faller utenfor arbeidslivet av helsemessige årsaker, og at det å bidra til at flest mulig kommer raskest mulig tilbake i arbeid etter sykdom har høy samfunnsøkonomisk verdi.

Endringer i sosiale mønstre, befolkningens forventninger og rettigheter er også forhold som vil bidra til økt etterspørsel etter helsetjenester. Tjenesteveksten som følger av dette vil også over tid innebære store kostnadsøkninger.

Norge er også av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per person. Vi har derfor en særlig utfordring i å få mest ut av ressursene slik at systemet blir bærekraftig.

Regjeringen mener at dersom det ikke settes inn tiltak vil utviklingen:

- bli en trussel mot samfunnets bæreevne, både med hensyn til tilgang på arbeidskraft og samfunnsøkonomi
- over tid gjøre det nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen

3.3 Diagnosen er satt – hva er behandlingen – hovedtiltak for å lykkes med strategien

3.3.1 Innledning

Kjernen i samhandlingsreformen er å forsøke å svare på alle de tre påpekte hovedutfordringene. Det er Regjeringens vurdering at det ikke er motsetning mellom de tre utfordringene. Alle tre utfordringene krever tiltak som understøtter helheten i tjenestesystemene. Hvert av tiltakene skal på ulike måter gi bidrag til realisering av helsepolitikken målsettinger. Samtidig kan tiltakene ikke ses uav-

¹ Kilde: St.meld. nr. 9 (2008-2009), Perspektivmeldingen 2009.

hengig av hverandre. Tiltakene som vurderes utgjør en helhet, og det er primært denne helheten som skal gi en framtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientenes behov for koordinerte tjenester, og som svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Tiltakene er dels av strukturell karakter, i den forstand at det må skje endringer i den organisatoriske oppbyggingen av tjenesten som skal møte framtidens behov. Gode strukturer gir i seg selv ikke sikkerhet for at det blir de ønskede tjenestene som leveres. Det må også etableres rammebetingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide og levere tjenester som samsvarer med målene i helse- og omsorgspolitikken.

I arbeidet med samhandlingsreformen legges det til grunn at kravet til kompetanse og spesialisering vil gjøre at vi også framover vil ha en helse- og omsorgstjeneste preget av at tjenestene kommer fra ulike organisatoriske enheter. Det blir da avgjørende, både i forhold til pasientenes behov og i forhold til samfunnsøkonomi, at det er systemer, strukturer og at motivasjonsstyrende faktorer for øvrig, utgjør en helhet i forhold til behovene som skal dekkes. I det kommende utviklingsarbeidet, og som en ramme for de enkeltstående tiltakene, vil derfor to gjennomgående forhold stå sentralt:

- Det skal på overordnet nivå skje en styrking av analyse-, plan- og beslutningssystemer som setter søkelyset på hvordan den offentlige innsatsen på helse- og omsorgsområdet innrettes og mest rasjonelt fordeles mellom de ulike innsatsområdene, slik som forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering. Et sentralt virkemiddel her vil være å gjøre Nasjonal helseplan til et mer operativt og kraftfullt redskap til utviklingen av hovedlinjene i helse- og omsorgstjenestene.
- De gode helhetlige pasientforløp skal i større grad enn i dag bli en felles referanse for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene. Hva som er gode pasientforløp vil avhenge av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag. Kliniske og helsefaglige miljøer, sammen med de faglige myndighetsnivåene, vil derfor være sentrale i arbeidet med pasientforløp. Men også andre enn de faglige aktørenes «stemmer» er viktige når de gode pasientforløpene skal identifiseres. Først og fremst gjelder dette pasienter og brukere. Det er de som er bærere av behovene og lever livene som tjenestene er rettet inn mot. I større grad enn i dag, og på en mer systematisk måte, må derfor pasienter og brukere

og deres organisasjoner trekkes inn i arbeidet. Likeens vil prioriterings- og verdispørsmål, som etter sin art bør avklares på politisk nivå, stå sentralt i arbeidet med pasientforløp. Sentralt i arbeidet med samhandlingsreformen vil være å utvikle prosesser som legger bedre til rette for medvirkning fra alle berørte aktører slik at det i større grad enn i dag utvikles felles forståelse om hva som er gode pasientforløp, og hva dette medfører av krav til samarbeid mellom aktørene.

I løsningsstrategien inngår følgende aktuelle hovedgrep:

- klarere pasientrolle
- ny framtidig kommunerolle slik at de i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene
- etablere økonomiske insentiver som understøtter den ønskede oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.
- spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

3.3.2 Klarere pasientrolle

Regjeringen legger vekt på at pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende for reformens innretning. I oppfølgingen av reformen vil det stå sentralt å arbeide med systemtiltak som i sterkere grad enn i dag understøtter gode pasientforløp. Det vil settes inn mer systematisk innsats på å analysere og beskrive de gode pasientforløpene, og ut fra dette skal det vurderes organisatoriske tiltak og myndighetstiltak som kan bidra til bedre samhandling. Pasientforløpperspektivet skal i større grad prege myndighetenes og tjenestens arbeide framover. Politiske prioriteringer skal knyttes til helhetlige pasientbehov og ikke til delbehov som gjør seg gjeldende innenfor de ulike ansvarsområdene.

Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Gjeldende lovbestemmelser om samhandling vil bli gjennomgått med sikte på å få til en bedre lovmessig understøttelse av samhandling. Herunder vil det vurderes ulike virkemidler for hvordan man kan tydeliggjøre overfor pasientene og deres organisasjoner hvilken rolle de skal ha i arbeidet med pasientforløp.

Et viktig element omkring arbeidet med pasientrolle, og særlig knyttet til den vekt som nå skal legges på forebygging, er hvordan det kan finnes gode former for også å sette fokus på befolkningens ansvar for egen helse og helseutvikling. Arbeid med denne problemstillingen, og hvordan innfallsvinkelen bør inngå i den helhetlige helsepolitikken, må skje i dialog med pasient- og brukerorganisasjonene. Det vil bli invitert til at dette blir ett av temaene i kommende dialoger mellom myndigheter og organisasjonene.

3.3.3 Ny framtidig kommunerolle

Innledning

Mange helse- og omsorgsoppgaver vil til en hver tid ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og må løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig faglig kompetanse er en av hovednøkklene. Oppgavene løses i dag ofte ulikt og i noen tilfeller ikke godt nok. Rammebetingelser og praksis som har utviklet seg gjør at kommuner, helseforetak og også andre tjenesteytende virksomheter ikke driver med de riktige oppgavene i tilstrekkelig grad. Det vil bli vurdert om oppgaver som i dag ikke løses i tilstrekkelig grad, eller som i dag dels løses i helseforetakene, kan finne bedre pasientrelaterte og samfunnsmessige løsninger dersom oppgavene løses i kommunene. Eksempelvis ved at kommunene setter inn tiltak i forhold til forebygging og tidlig intervensjon av type 2-diabetespasienter slik at det på sikt blir færre som utvikler hjerte-/karsykdommer, senkomplikasjoner som synsproblemer, amputasjoner eller som vil trenge dialysebehandling på sykehus.

Regjeringen vil vurdere hvilke aktuelle oppgaver som kommunene kan gis ansvar for, slik at de i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene. En slik fornyet kommunerolle, i kombinasjon med et sterkere fokus på pasientforløp, vil også legge til rette for å hjelpe pasienter med kroniske sykdommer. Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). En framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politikktutforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning, forskning mv.

I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helse- tjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i

kommunene. I denne stortingsmeldingen beskrives og drøftes oppgaver den framtidige kommunale helsetjenesten kan gis ansvar for. Det gis en beskrivelse og drøftelse av oppgaver som hhv. er å betrakte som en oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne meldingen og dette er eksempler på oppgaver som regjeringen kan vurdere å legge til kommunene. Hvilke oppgaver, omfanget av disse og tidspunkt for iverksettelse, vil Regjeringen ta stilling etter at Stortinget har behandlet stortingsmeldingen. Regjeringen vil i sin vurdering legge vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt på kommunalt nivå. Det er en forutsetning for at Regjeringen vil gå videre med forslagene at tiltakene viser seg kostnadseffektive.

Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette. Etter at meldingen er behandlet av Stortinget vil det legges fram et høringsnotat som tydeliggjør de framtidige kommunale oppgavene og ressursbehov. I den grad det skal skje en økt satsing på de kommunale oppgavene, må dette avklares i de årlige budsjettproposisjoner.

Det legges også opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. I tillegg vil en i det videre utredningsarbeidet vurdere nærmere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

Regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet. Det vil gjennom St.prp. nr. 1 (2009–2010) foreslås økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010. Videre forutsettes at det skjer en forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene som samsvarer med en evt. oppgaveoverføring. Innføring av økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og fullfinansiering av utskrivningsklare pasienter vil også inspirere til å utvikle roller og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene. Videre vil det legges til rette for at veksten i legeressurser i hovedsak kommer i kommunene. Økt kapasitet skal imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid til pasient og en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Som et ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen, vil både dagens utdannings- og

forskningssystem bli gjennomgått med sikte på at disse i større grad skal understøtte de kommunale oppgavene.

Begrunnelsen for en framtidig endret kommunerolle

Kommunene har sin organisatoriske, kompetansemessige og rollemessige styrke gjennom nærheten til sin befolkning og ved at den i tillegg til helse- og omsorgsoppgavene også har ansvaret for mange andre oppgaver (skole, barnevern, sosiale tjenester, mv.) som påvirker hvor godt helse- og omsorgstjenesten lykkes i nå sine mål. Tre forhold er særlig sentrale i begrunnelsen for en sterkere kommunerolle på helse- og omsorgsområdet:

- Når det i samhandlingsreformen legges opp til langt sterkere fokus på forebygging, understøttelse av pasientens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud, er dette oppgaver som i stor grad ligger under det kommunale ansvaret. Tiltakene er viktige i et pasientperspektiv fordi de bidrar til å unngå at sykdom inntrer og utvikles. Videre er de viktige i forhold til bærekraftig utvikling fordi de kan redusere behovet for dyr innsats fra spesialisthelsetjenesten i sene faser av sykdomsutviklingen.
- Når pasientenes mestring av eget liv er den sentrale målsettingen på mange av helse- og omsorgssektorens områder (for eksempel rehabilitering, psykisk helse, rus og kroniske sykdommer) vil det ofte være samspillet mellom helsetjenestene og de ulike kommunale tjenestene som kan legge til rette for mestring. Det kreves en god kommunal helsetjeneste for å være bidragsyter og ofte er kommunene den sentrale koordinatoren i dette arbeidet.
- Kommunale helsetjenester er gjennomgående billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester. Dersom kommunen oppgraderer tilbudet av helsetjenester «før, i stedet for og etter sykehusopphold», vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene – vi får tilbud som både er bedre for pasient og sikrer en bærekraftig samfunnsutvikling.

Det er flere årsaker til at det hittil ikke er utviklet en sterkere kommunal rolle på helse- og omsorgsområdet. Hovedårsaken vurderes å være at kommunene ikke har hatt forutsetninger for å utvikle tilstrekkelig robuste faglige og organisatoriske miljøer og virksomheter, slik at de har slitt med å rekruttere og beholde fagpersonell. Bak dette ligger flere samvirkende årsaker. I en kommune-

struktur med små kommuner har det erfaringsmessig vært problematisk å kunne tilby fagfolk stabile og gode utviklingsopplegg, med derav følgende rekrutteringsvanskeligheter. Videre har ikke finansieringssystemene bidratt til i tilstrekkelig grad å understøtte en riktig oppgavedeling. I tillegg har ikke kommunene inngått systematiske avtaleopplegg med universiteter og høyskoler, eller lagt til rette for kompensasjonsordninger for praksisplasser i primærhelsetjenesten, slik det er gjort i spesialisthelsetjenesten. Dette har ført til at det utdannede helsepersonellet i for stor grad har blitt ført til spesialisthelsetjenesten.

Det er et helt sentral mål med samhandlingsreformen å bidra til å endre denne situasjonen. De viktige tiltaksdelene er:

- Beskrive og drøfte hvilke oppgaver den framtidige kommunehelsetjenesten kan gis ansvar for, herunder vurdere hvordan bredden av fagprofesjoner bør inngå i den framtidige oppgaveløsningen.
- Lovregulert avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilknyttede helseforetak. Regjeringen vil i det videre utredningsarbeidet også vurdere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.
- Styrke forebyggingsarbeidet. Det vil komme økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010.
- Bedre legetjenestene i kommunene ved å legge til rette for at en større andel av veksten i legetjenesten i hovedsak kommer i kommunene.

3.3.3.1 Aktuelle framtidige kommunale oppgaver

Aktuelle framtidige kommunale oppgaver som beskrives og drøftes nærmere i kapittel 6 kan deles inn i to hovedkategorier; kompetansekrevende funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver.

Kompetansekrevende funksjoner er ofte av tverrfaglig art og krever i noen grad spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester. Dette kan eksempelvis være:

- Kommunale lærings- og mestringstjenester.
 - Tidlig intervensjon ved for eksempel type 2-diabetes, kols, demens og rus.
- Tverrfaglige team, herunder ambulante, med særskilt fokus på kroniske sykdommer som type 2-diabetes, kols, demens, rehabilitering/habilitering, lindrende behandling, psykisk helse og rus.

- Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse;
 - behandling av eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringsvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i stedet for innleggelse i sykehus.
 - observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus.
 - etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem.

Helse- og omsorgsdepartementet vil peke på at når spørsmålet om en kommunal rolle innenfor området lærings- og mestringstjenester reises, så bringes det ofte inn problemstillinger om dette kan føre til at pasienter eller brukere risikerer å miste ønsket og nødvendig kontakt med kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at temaet, i nær dialog med pasient- og brukerorganisasjoner, undergis grundig vurdering. Dette gjelder både for spørsmålet om i hvilken grad lærings- og mestringstjenester skal legges under kommunalt ansvar, og for spørsmålet om hvordan man i disse tilfellene bør trekke inn kompetanse fra spesialisthelsetjenesten i den kommunale tjenesteytingen.

For å ivareta de kompetansekrevene kommunale oppgaver vil det også være nødvendig å se på kommunenes oppgaver knyttet til administrasjons- og systemarbeid. Helsesektorens kunnskap om helseutfordringer og virksomme tiltak må i større grad bringes inn i de ordinære plan- og beslutningsprosesser på overordnet styringsnivå i kommunene.

Eksempler på oppgaver knyttet til administrasjons- og systemarbeid er:

- helseovervåking
- folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver
- arbeid med kommunale planer
- arbeid med samarbeidsavtaler, jf. forslag om lovforankret avtaleopplegg mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetakene

Kommunesamarbeid

Regjeringen legger til grunn at kommunene selv vil måtte finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Eksempelvis ved at samarbeidende kommuner har ansvaret for hver sine syk-

domsgrupper og dekker hele befolkningen for de samarbeidende kommuner. Ved vurdering av de enkelte funksjoner vil det i praksis måtte gjøres lokale tilpasninger ut fra hensyn til geografi, befolkningssammensetning, infrastruktur, avstand til lokalsykehus mv.

Regjeringen forutsetter at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig. Hvilke organisasjonsformer kommunene finner fram til for samarbeid er opp til dem selv. Dette kan være for eksempel i form av interkommunalt samarbeid § 27, interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter en samkommunemodell.

I tillegg til den faglige verdien ved å inngå samarbeid, vil også interkommunalt samarbeid være av avgjørende betydning i forhold til å realisere gevinsten og redusere risikoen ved kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, når denne forutsettes innført fra 2012.

3.3.3.2 Lovregulert avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilknyttede helseforetak

Skal opplegget med sterkere kommuneinnsats lykkes, slik at dette gir bedre effekter for pasient og samfunnsøkonomi, forutsetter dette et nært samarbeid mellom kommuner og tilknyttede helseforetak. Det er ikke mulig å utforme en endelig grensedragning i ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten. Den faglige utvikling vil fortsette også etter denne reformen. Det må etableres et lov-pålagt avtalesystem som sikrer at spesialisthelsetjenesten oppfyller sine forpliktelser overfor kommunene – slik at en unngår dobbeltoppbygging og også sikrer at en står uten noe tilbud. Regjeringen foreslår å innføre et lovforankret avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og det respektive helseforetak. Dette vil være en videreføring av den frivillige samarbeidsavtalen som i dag er inngått mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Det legges vekt på at de inngåtte avtalene kan hindre at det oppstår uklarhet om ansvars- og oppgavemessige forhold. Samarbeidsavtalene skal blant annet vise planlagt fordeling av oppgavene mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak og generelt hvordan kommuner og helseforetak skal samarbeide om helse- og omsorgstjenestene. Avtalene må utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Målet er at de gjennom avtalene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Det vil komme retningslinjer og veiledning fra departementet om praktiseringen av avtalesystemet.

Regjeringen vil i det videre utredningsarbeidet også vurdere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet. I utformingen av det konkrete opplegget for myndighetsoppfølgingen vil departementet vektlegge at oppfølgingen skal skje med respekt for at de lokale partene har forutsetninger for å finne fram til gode løsninger.

3.3.3.3 Styrke forebyggingsarbeidet

Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsetningen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling.

Det vil framover legges økt vekt på å veilede og informere kommunene om hvilke tiltak som kan forutsettes å være kostnadseffektive og som har samfunnsøkonomisk dokumentert effekt. Helsedirektoratet har iverksatt et program om kunnskapsbasert folkehelsearbeid og vil framover gjennomføre systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggingstiltak. Det vil vurderes å bygge opp et program for løpende evaluering av forebyggingstiltak i Norge med løpende vurdering av nytten ved tiltak.

Regjeringen vil framover legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet. Regjeringen vil i St.prp. nr. 1 (2009–2010) foreslå økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010.

Forebygging finner sted innenfor alle samfunnssektorer og må sees i sammenheng med kommunenes og statens generelle budsjett- og planleggingsarbeid. Det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer. Det legges til grunn at kommunene selv vurderer hvordan dette skal skje, dvs. om kommunene vil inkludere forebygging i kommunepланen eller om kommunene ønsker å utarbeide en eller flere delplaner om forebygging. Etter departementets vurdering er det nærliggende at kommunene fokuserer på følgende områder:

1. *Kommunene må organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og hhv. dårlig helse.* Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helse-tjenester, samt at kommunens helsetjeneste kan bidra i kommunale planprosesser.
2. *Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelser og mindre omfattende behandling.* Dette vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer.
3. *Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling.* Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringskurs, innføringskurs for likemenn/veiledere, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk. Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan disse ivareta en viktig koordinatorfunksjon og også inngå samarbeid med frivillige organisasjoner.
4. *Helsestasjon og skolehelsetjenesten.* Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid.
5. *Kompetanseoppbygging* innen forebyggende helsetjenester, for eksempel innen ernæring, samfunnsmedisin og strukturerte sammensatte forebyggingstiltak slik at tiltakene er kunnskapsbaserte.

3.3.3.4 Bedre legetjenestene i kommunene

Regjeringen vil framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Gjennom dette vil det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.

Departementet vil i det videre arbeidet foreta vurderinger av det reelle kapasitetsbehovet for legeressurser både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i de forslag som for øvrig fremmes gjennom samhandlingsreformen. I følge Helsedirektoratet vil Norge de nærmeste tre til fire årene ha en årlig netto tilgang på omlag 600 leger til helsetjenesten. Dette muliggjør en god rekruttering til nye stillinger/fastlegehemler i kommunehelsetjenesten.

Fastlegene er en premissleverandør og ressurs både for kommuner og helseforetak, men er i dag

verken styrings- eller systemmessig godt nok koblet på de ansvarsposisjoner som bæres av kommuner og foretak. For å sikre at legeressursene kanaliseres til prioriterte grupper og oppgaver, legges det opp til en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side. Dette må skje langs flere akser:

- Tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges.
- Tydeligere kommunal styring på den kurative delen av arbeidet for å sikre at fastlegens praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer.
- Tettere oppfølging av om legens praksis på alle områder er i tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Utviklingen av et hensiktsmessig samspill mellom styrings- og avtaletiltak skal skje gjennom dialog med de berørte organisasjoner. I det videre arbeidet vil bl.a. forskrift og sentralt avtaleverk bli gjennomgått med sikte på endringer som innebærer:

- Innføring av funksjons- og kvalitetskrav til utøvelsen av fastlegevirksomhet.
- Innføring av bestemmelser som gir kommunene sterkere posisjoner i forbindelse med ledelse og prioritering av allmennlegeressursene og som skal bidra til å sikre fastlegenes samhandling med andre.
- Vurdering av bestemmelser om listelengde.
- En helhetlig gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet, de allmennmedisinske offentlige oppgaver og av samfunnsmedisinske oppgaver. En slik gjennomgang vil omfatte dagens finansieringsordning, herunder takstsystem og insentiver for legene, forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd, og økt finansieringsansvar til kommunene.

Når fastleger skal bidra til at færre – dvs. de rette pasienter – henvises til sykehus, må fastlegens kompetanse også styrkes. Herunder er det behov for både å styrke fastlegens/legevaktlegens vurderingskompetanse og den kliniske kompetansen i fastlegepraksisen.

3.3.4 Etablering av økonomiske insentiver

I arbeidet med samhandlingsreformen har regjeringen hatt mye oppmerksomhet på innretningen av finansieringssystemene og hvordan disse påvirker hvilke organisatoriske strukturer som utvikler

seg for tjenestene og også hvordan disse påvirker selve tjenesteytingen. Vurderingen er at dagens finansieringssystem ikke inviterer til en utvikling av strukturer og innretning av tjenesteytingen som samsvarer med pasientenes behov for helhetlige tjenester, eller motiverer til å finne fram til kostnadseffektive løsninger.

Finansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bidrar til å sementere og forsterke fokuset på diagnose og behandling framfor forebygging og mestring, og legger i for liten grad til rette for å stimulere til alternative løsninger både innad og mellom forvaltningsnivåene. Det er i dag et problem at tiltak med tilhørende kostnad settes inn av en aktør, mens det er andre aktører som får gevinsten (nytten) av tiltaket. Eksempelvis vil økt vekt på forebyggende tiltak være en kostnad for kommunene, mens gevinsten dels kommer i spesialisthelsetjenesten i form av færre sykehusinnleggelser og for staten ved reduserte utgifter over trygden.

Det er vurderingen at svakheter ved finansieringssystemet og insitamenteffektene ved dette er en vesentlig årsak til at en over så mange år har slitt med å finne fram til strategier og tiltak som kan bedre samhandlingen.

Når det gjelder finansieringssystemer og økonomiske ordninger for helse- og omsorgstjenesten har to sammenhengende problemstillinger stått sentralt i arbeidet. For det første om det bør gjøres mer grunnleggende endringer i dagens finansieringssystem og hva som i så fall bør være den overordnede innretningen på denne endringen. For det andre hva som bør være den mer detaljerte innretningen på endringen. I stortingsmeldingen inviteres det primært til vurderinger av overordnede hensyn som bør påvirke om det bør gjøres større endringer i eksisterende finansieringssystem og hva som eventuelt bør være retningen på endringene. Blant annet for å gi et bedre grunnlag for å drøfte den overordnede problemstillingen går det også inn på ulike mulige innretninger av aktuelle hovedgrep.

Departementets utgangspunkt er at dagens finansieringssystem ikke på en tilstrekkelig god måte understøtter god arbeidsdeling mellom kommunenes helse- og omsorgsoppgaver og spesialisthelsetjenesten, tilrettelegger for at forvaltningsnivåene og de ulike tjenestestedene forankrer sine tiltak i helhetlige pasientforløp eller at det mer generelt inspireres til å finne de gode praktiske samarbeidsordningene. Den mest grunnleggende måten å ivareta disse hensynene på ville være å lage helt integrerte løsninger. Dette kunne gjøres gjennom organisatoriske tiltak, enten ved en

grunnleggende forvaltningsreform der en går over til ett samlet forvaltningsnivå, eller ved at en lar alle midlene til helsetjenesten kanaliseres gjennom kommunene og at eierskapet til sykehusene ble lagt til samarbeidende kommunegrupper. Det vises til omtale av disse problemstillingene i kapittel 9, der det konkluderes med at slike tiltak både ligger utenfor rammen av aktuelle tiltak i samhandlingsreformen, og at de heller ikke anses som hensiktsmessige virkemidler. Et alternativt virkemiddel ville være at det ble etablert et system som kunne treffe helhetlige beslutninger om hvordan de ulike behovene skulle følges opp, og at beslutningene ville ha karakter som et rettighetsdokument i forhold til de ulike delene av tjenestene. Som det framgår i kapittel 9 er dette en løsning som tar opp i seg en rekke utfordringer mht. praktisk utforming og kostnadskontroll, og det legges ikke opp til at framtidige løsninger skal baseres på dette alternativet.

Samlet vurdert er det Regjeringens oppfatning at beste systemtiltak for å understøtte mer helhetlig oppgaveløsning, i tillegg til faglige og systemmessige tiltak som kan gi aktørene felles referanseramme for hva som er gode pasientforløp, er å foreta en sterkere integrering av finansieringssystemet. Dette ved at kommunene både gis et medansvar for finansieringen av spesialisthelsetjenesten og et ansvar for å dekke utgiftene for utskrivningsklare pasienter.

Regjeringen vil innføre tre hovedgrep på dette området:

- innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene
- økt grad av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten

3.3.4.1 *Innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten*

Regjeringen vil foreslå å innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Det vurderes tre ulike innretninger av modellen. En generell medfinansiering for alle diagnoser og aldre, en avgrensning knyttet til diagnose, og en aldersbasert avgrensning.

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette finansieres ved å overføre deler av tilskuddene til de regionale helseforetakene som nå går direkte fra stat til regionale helseforetak, over til kommunene. For alle

andre grupper enn somatiske pasienter vil liggedøgn/polikliniske takster i første omgang være grunnlaget for medfinansiering, mens DRG er grunnlaget for somatiske pasienter. I utgangspunktet vurderes en medfinansieringsandel på 20 prosent ved alle innretningene. En lavere kommunal medfinansieringsandel vil redusere den betalingsmessige risikoen for små kommuner, men vil også redusere insentivene i ordningen.

Økt økonomisk ansvar kan bevisstgjøre kommunene på systemnivå om kostnadene ved helsetjenesten generelt og spesialisthelsetjenesten spesielt. En medfinansiering skal være et insentiv til å organisere og tilrettelegge tjenester på lavest effektive omsorgsnivå og kartlegge det totale omfanget av helsetjenester. Kommunene har selv best kjennskap til alle kommunale forhold og virkemidler også utenfor helsesektoren som kan påvirke atferd.

Kostnadene for kommuner vil kunne variere fra ett år til et annet, grunnet variasjoner i innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester. Denne variasjonen vil særlig kunne gi utslag for mindre kommuner. I det videre arbeidet vil det legges vekt på å se befolkningsmengde opp mot den innretning og eventuelle risikoreduserende tiltak som legges til grunn for kommunal medfinansiering. Flere risikoreduserende tiltak vil vurderes i det videre arbeidet, herunder takordninger der det kan settes en maksimal betaling for hver pasientbehandling.

Den økonomiske risikoen for mindre kommuner tilsier at man i det videre arbeidet vurderer innretning og omfang på medfinansiering, herunder om det bør legges opp til en gradvis innfasing. Det tas sikte på at ordningen iverksettes fra 2012, men med utgangspunkt i det innfasingsopplegg som velges. Innføring av kommunal medfinansiering forutsetter at det finnes løsninger som innebærer at risikoen for små kommuner ikke blir for stor. I det videre arbeidet med utformingen av kommunal medfinansiering er det viktig å sikre at mindre kommuner inngår interkommunalt samarbeid før kommunal medfinansiering iverksettes.

I den nærmere utformingen av ordningene med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil avveining og tilpasning mellom følgende forhold stå sentralt:

- *Institamenteffekter.* Innretningen på finansieringsordningene skal inspirere kommunene til å vurdere egen helseinnsats i et helhetlig faglig og samfunnsøkonomisk perspektiv. Kommunene har selv best kjennskap til alle kommunale virkemidler også utenfor helsesektoren som kan påvirke atferd. Innretningen på de

økonomiske insitamentene bør derfor tilstrebes til å treffe alle kommunale aktiviteter og forhold som kan påvirke sykehusbruken.

- *Risikovirkninger for kommunene.* Kommunene skal samlet eller enkeltvis ikke utsettes for uakseptabel risiko. Dette innebærer at den økonomiske risikoen ved ordningene ikke må tillates å gi utslag som kan gi urimelige og ukontrollerte utslag for kommunenes økonomiske situasjon. Tre elementer vil her stå sentralt. For det første omfang og endringer av kommunenes bruk av sykehustjenester for sin befolkning og hvor mye faktiske og relative forhold kan skape urimelig usikkerhet for kommuneøkonomien. For det andre hvordan det kan brukes risikoreducerende tiltak for å sikre at økonomisk risiko ligger innenfor akseptable rammer. For det tredje hvordan faglig samarbeid mellom kommunene, og hvordan dette også kobles opp mot systemer for økonomisk risikodeling mellom kommunene, kan redusere risikoen for de små kommunene.
- *Effekter for pasientene* også i forhold deres behov for gode og sikre spesialisthelsetjenester. I dette perspektivet er det en viktig forutsetning at et opplegg med kommunal medfinansiering ikke skal endre dagens situasjon ved at det er de ulike helsefaglige aktørene, slik som fastlege, legevakt og fagpersonell i tilknytning til sykehjem, som bestemmer når det er aktuelt å gjøre bruk av sykehus eller andre spesialisthelsetjenester. Når kommunene, med utgangspunkt i generell kommuneøkonomi og også midlene som tilføres som ledd i den kommunale medfinansieringen, skal vurdere kommunale tiltak som kan gi en samlet vurdert bedre helsetjeneste til pasientene, må de ta hensyn til at dagens premisser for styring av pasienter til sykehusene vil bli videreført. Noe annet er at kommunene gjennom bedre tilretteleggelse og understøttelse av de faglige aktørene har mulighet til å bidra til at den samlede helsetjenesten blir bedre og at det blir en riktigere bruk av sykehusenes tjenester. En vil ha årvåkenhet på om praksis gir den sikkerhet som trengs i forhold til at pasienter, innenfor de fastsatte nasjonale rammer, får nødvendig sykehusbehandling.

Departementet vil etter Stortingets behandling av stortingsmeldingen foreta endelige vurderinger av modellens innretning og hvordan implementeringen skal gjennomføres for å sikre en faglig og budsjettmessig forsvarlighet. Det understrekes at før endelig løsning velges, vil det bli gjennomført

høringsrunde med berørte instanser som vil inngå i underlaget for det endelige valget av framtidig finansieringssystem.

Dersom kommunal medfinansiering skal virke etter hensikten må en rekke forutsetninger være til stede, bl.a. følgende:

- kommunene må kunne påvirke omfanget av innleggelser og behandling
- kommunene/de samarbeidende enheter må ha tilstrekkelig størrelse til å kunne håndtere risiko
- forventet gevinst som følge av medfinansieringen alene må veie opp for risikoen knyttet til en så stor omlegging, herunder risiko for kommunene, økt kompleksitet i systemet, hensynet til overordnet styring av en stor og tung sektor, faren for spill mellom aktørene mv.
- kommunene må ha tilstrekkelige verktøy i form av både ressurser, kompetanse, kommunal styring over fastlegene og relevante øvrige oppgaver.

3.3.4.2 *Kommunene får økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter fra 2012*

Regjeringen vil overføre ansvaret for og ressurser knyttet til utskrivningsklare pasienter til kommunene fra 2012, hvilket betyr at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare. Poenget er ikke å avstraffe kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, men å etablere en riktigere insitamentssituasjon for kommunene. Samlet for kommunesektoren vil de, i forbindelse med innføringen av ordningen, få tilført midler som svarer til kostnadene for de utskrivningsklare pasientene. I prinsippet kan de velge å videreføre omfanget av utskrivningsklare pasienter i sykehus og betale kostnadene ved dette. Samtidig vil det ligge et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak.

Endringen finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter. En slik løsning forutsetter at kommuner og sykehus i samarbeid utarbeider kriterier for utskrivningsklare pasienter, og at de enes om eventuell karenstid i tilfelle reinnleggelser innen en gitt periode. Videre må betalingsforskrift for utskrivningsklare pasienter endres.

Bemanning og kompetansesammensetning i sykehjem og hjemmesykepleien, legedekning i sykehjem, antall sykehjemsplasser og omsorgsbo-

liger samt sykehusets lokalisering påvirker liggetiden i sykehus. Det er stor forskjell i omfanget av utskrivningsklare pasienter både mellom kommuner og mellom institusjoner. Det er spesielt små kommuner som er utsatt for risiko ved en slik endring, noe som kan reduseres ved å inngå interkommunalt samarbeid.

3.3.4.3 Økt grad av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten

Regjeringen foreslår at finansieringsordningen for sykehusene endres i retning av økt grad av rammefinansiering ved å redusere den samlede aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) av regionale helseforetak fra 40 til 30 pst. fra 2012. Dette for å bidra til å redusere sykehusenes insentiv til å ta pasienter unødig inn i sykehus og dermed legge bedre til rette for behandling i kommunene. De lovbaserte avtalene som skal inngås mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste vil være et viktig virkemiddel for at partene sammen finner fram til faglig og samfunnsøkonomisk riktig oppgavedeling seg imellom, og at også det løpende samarbeidet får en god innretning. Det er regjeringens oppfatning at kombinasjonen av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og en noe reduserte ISF-sats for sykehusene, gir et økonomisk rammeverk som legger til rette for at partene søker mot gode løsninger.

3.3.5 Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Spesialisthelsetjenesten er en av bærebjelkene i den samlede helsetjenesten. Respekten for menneskeverdet gjør at samfunnet, innenfor de prioriteringsbestemmelser som politiske myndigheter fastsettes, må bruke metoder og teknologi i spesialisthelsetjenesten som nasjonale og internasjonale miljøer utvikler. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten gis rammebetingelser som gjør at de løpende kan utvikle driftsmiljøer som tilbyr gode spesialisthelsetjenester. Dette stiller krav til at det innad i spesialisthelsetjenesten må utvikles kvalitetsorienterte systemer og holdninger som kan opprette kvalitet i tjenestene. Mange prosesser pågår for å utvikle kvalitativt gode spesialisthelsetjenester. Det går ikke inn på disse tiltakene i denne meldingen. Hvor godt spesialisthelsetjenesten svarer på befolkningens behov for spesialiserte helsetjenester avhenger også av samspillet med aktører utenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig på to områder.

For det første at kommunene dekker tjenester som ikke er av en karakter som krever innsats fra spesialisthelsetjenesten, slik at spesialisthelsetjenesten kan konsentrere seg om oppgaver som krever spesialisert kompetanse. Manglende tilretteleggelse for at kommunene skal kunne løse oppgavene som etter sin karakter bør være kommunale, gjør at det i dag er innslag av at spesialisthelsetjenesten må bruke sin spesialitet på oppgaver som under andre forutsetninger kunne vært løst bedre og rimeligere av kommunene. For det andre at spesialisthelsetjenesten bør legge større vekt på at mange av deres tjenester inngår i pasientforløp som også inkluderer kommunale tjenester. Begge disse aspektene er sentrale elementer i samhandlingsreformen.

En ny framtidig kommunal rolle betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og oppgavene vil endres. Det blir en tyngdepunktsforskyvning over fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere, i den forstand at ikke en av aktørenes premisser ensidig blir dominerende for arbeidet.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. En framtidig situasjon der sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter, gir nye muligheter for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten som må utnyttes på en systematisk måte. Dette gir sykehusene forbedrede muligheter til å prioritere og videreutvikle sine faglige og organisatoriske fortrinn – som er å levere spesialiserte helsetjenester av høy internasjonal kvalitet.

Helsetjenester som leveres fra private aktører, er ett av elementene når de regionale helseforetakene skal dekke befolkningens behov for spesialiserte helsetjenester. Omfang og karakter av helseforetakenes bruk av private leverandører er ikke eget tema i samhandlingsreformen. Derimot vil de rammebetingelser som settes for de private aktørenes medvirkning påvirke samhandlingen med andre aktører i helsetjenesten. Dette omtales nærmere i kapittel 10.

Samhandlingsreformen vil gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en like tydelig ledelsemessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag, og samarbeidet med kommunehelsetjenesten må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på

et faglig overordnet nivå. Økonomisk kontroll blir viktigere enn noen gang. Demografi med videre gjør at det fortsatt vil være ressursvekst i spesialisthelsetjenesten. Men med den vekt som skal legges på utviklingen av kommunehelsetjenesten, må det etableres styringssystemer som gir sikkerhet for at budsjettutviklingen i spesialisthelsetjenesten blir politisk styrt.

3.3.6 Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Verken på politisk nivå eller på tjenestenivå er det i stort omfang organisert systemer for prioriteringer og beslutninger som har utgangspunkt i helheten av pasientenes og brukernes behov for helse- og omsorgstjenester. På det politiske nivået har det for eksempel i liten grad vært etablert prosesser der det inviteres til helhetlige vurderinger av hvilke behov som bør ha rett eller prioritet fra helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet opprettet i 2007 Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som har som formål å bidra til en mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helsetjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir koordinert. Rådet skal medvirke til dialog mellom myndigheter, tjenesteytende virksomhet, brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner/fagforeninger. Av rådets mandat framgår det at rådet bl.a. skal drøfte spørsmål knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, herunder behandlingsformer som påvirker kvalitet, arbeidsdeling og dermed prioritering, ressurs- og kompetansefordeling mellom de ulike nivåer i helsetjenesten.

På overordnet nivå er det i pasientrettighetsloven trukket opp retningslinjer for pasientrettigheter og prioriteringer. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har samarbeidet om å utvikle prioriteringsveiledere innenfor 32 fagområder/spesialiteter som gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen og brukerorganisasjoner har bidratt aktivt i hele prosessen.

Etter tre år har Helsebiblioteket etablert seg som en sentral kunnskapskilde for alle deler av norsk helsevesen. Viktige kunnskapsressurser som tidligere var forbeholdt universitetssykehus, er nå tilgjengelig for hele helsetjenesten på tvers av profesjoner, forvaltningsnivåer og geografiske

grenser. Helsebiblioteket innebærer en unik mulighet til å gi samme informasjon og kunnskap til alle deler av helsevesenet, og er en faglig møteplass på tvers av andre skiller og grenser. Dette er en konkret måte å få til samhandling på, der alle får lik tilgang til faglige retningslinjer. Primærhelsetjenesten får innsyn i retningslinjene som benyttes i spesialisthelsetjenesten, og motsatt.

Det er imidlertid ikke etablert beslutningssystemer som sikrer at den norske helse- og omsorgstjenesten har satt opp strukturer og fordelt ressurser og kompetanse som samsvarer med prioriteringsholdningene fra nasjonalt politisk nivå. I praksis betyr dette at prioriteringsbeslutninger i stor grad treffes på hvert av de to forvaltningsnivåene, og i stor grad også ute på tjenestestedene. Dette gir en risiko for at beslutningene er dårlig tilpasset til hverandre.

Kombinasjonen av demografisk og epidemiologisk utvikling gjør at nasjonen i årene framover vil stå overfor svært krevende prioriteringsbeslutninger. Det er uheldig både for pasienter, bærekraftig samfunnsutvikling og også for offentlig sektors legitimitet, dersom prioriteringsbeslutninger med store utslag for pasienter og samfunnsliv skal treffes ukoordinert i de ulike delene av helse- og omsorgssektoren. Det er derfor et særdeles viktig element i samhandlingsreformen at det med utgangspunkt i helheten i pasientenes og brukernes behov kan etableres de nødvendige nasjonale prioriteringssystemene.

Det trengs gode nasjonale plansystemer som kan legge bedre til rette for at de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene bygges opp med ressurser og kompetanse som er tilpasset den ønskede helheten. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering representerer en viktig utvikling av mer helhetlige prioriteringer. Som en videreutvikling av dette vil Regjeringen utvikle Nasjonal helseplan til et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten. Særlig vil det legges vekt på analyser og konklusjoner om hvordan det bør prioriteres mellom hovedområder, slik som alle helse- og omsorgstjenester under det kommunale ansvaret, herunder fastlegevirksomhet, rehabilitering, omsorg, forebygging på den ene siden, og spesialisthelsetjenesten under det statlige ansvaret på den andre siden. Det legges videre til grunn at utfordringer knyttet til kommunenes ansvar og oppgaver ivaretas i kommunale planer. Regjeringen vil våren 2010 legge fram Nasjonal helseplan for årene 2011 – 2014.

3.4 Andre strategiske tiltak

Regjeringen vil:

- bidra til utvikling av IKT-systemer.
- bidra til et kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetjenesten
- bidra til god samhandling med andre sektorer

3.4.1 Bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren

IKT er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Utgangspunktet for anvendelse av teknologi og samhandlingsløsninger må baseres på hvordan pasientbehandling kan understøttes best mulig gjennom tilgang til informasjon som grunnlag for god diagnostikk, pasientbehandling og pleie. Det er viktig å understreke i denne sammenheng at innføring av IKT må kombineres med organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring.

I utviklingen av IKT-politikken er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder både;

- I forholdet mellom tjenesteyter/behandler og pasient/brukere. Dette innebærer bl.a. elektronisk timebestilling, helseinformasjon/-opplæring, online-konsultasjoner/ telemedisin og tilgang til egen journal.
- I forholdet mellom de ulike tjenesteytere/behandlere. All dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk.

For å nå målene vil følgende tiltak stå sentralt:

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT

Det er behov for en klarere nasjonal strategisk styring og ledelse av utviklingsarbeidet. I dag er ansvaret fragmentert og delt mellom mange aktører og institusjoner og dette gir ikke tilstrekkelig kraft for utviklingsarbeidet. I utviklingsarbeidet er det særlig viktig at det utvikles infrastruktur som legger til rette for samhandling mellom aktørene. Basert på en videreutvikling av Norsk Helsenett legges det opp til at det sommeren 2009 etableres en ny nasjonal enhet for utvikling og drift av IKT-infrastruktur for helse- og omsorgssektoren. Enheten etableres som et statsforetak, og Helse- og omsorgsdepartementet skal forvalte eierskapet. Foretaket skal gis rolle og oppgaver som er forankret i den helhetlige strategi for helse- og omsorgs-

tjenestens IKT-utvikling som Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter.

Tidsfrister for utviklingsmål

Regelverket har ligget noe tilbake for den helsefaglige, organisatoriske og teknologiske utviklingen. Dagens lovverk er formulert i en tid da helsehjelpen i langt mindre grad forutsatte behandlingsskje-der på tvers av juridiske enheter. Dagens teknologi muliggjør en deling av informasjon på tvers av virksomheter og nivåer som kan utnyttes for å gi bedre pasientbehandling, bedre mulighet til å ivareta personvernet, mindre pasienttransport og bedre utnyttelse av helsesektorens ressurser.

Regjeringen mener at det på områder som betyr mye for tjeneste og befolkning bør vurderes å settes tidsfrister for når bestemte utviklingsmål skal være nådd. Områder som vurderes er eksempelvis:

- oppkobling til felles sikkert helsenett for alle aktører
- elektronisk meldingsutveksling mellom aktørene (henvisninger, prøvesvar, sykemeldinger, takstoppgjør mv.)
- elektronisk pasientjournal – som kan kommunisere og sende tilgjengelig informasjon på tvers av virksomhetsgrenser

Dersom det skal settes tidsfrister, må det i forkant kartlegges hva dette vil kreve av endrede eller økte drifts- og investeringsutgifter, slik at det er realistisk at aktørene kan dekke utgiftene innenfor sine ordinære budsjetttrammer. Eventuelle bevilgningsøkninger må avklares i de ordinære budsjettprosessene. Før beslutning tas må det også være kartlagt hvilke andre forutsetninger som må være på plass før det er realistisk å sette tidsfrister. Herunder at det er tjenestetilbud i nettet som gjør det rimelig å pålegge tilknytning, og at aktørene har utviklet den nødvendige kompetansen.

Utrede utvikling av Nasjonal kjernejournal

Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede utvikling av såkalt Nasjonal kjernejournal og vil senere komme tilbake til Stortinget med opplegg for oppfølging av saken. Begrepet nasjonal kjernejournal benyttes her om en IKT-basert løsning der helsepersonell som yter helsehjelp til en pasient kan, gitt autentisering og autorisasjon, få tilgang til et begrenset sett tilrettelagte kjerneopplysninger om pasienten. Med kjerneopplysninger menes livbergende kritisk informasjon (blodtype, allergier, etc.), gjeldende medisiner og kontaktoversikt/

epikriser. En kjernejournal er ikke en journal, slik pasientinformasjon vanligvis er definert, men en samling informasjon ekstrahert fra de elektroniske pasientjournaler (EPJ). Det arbeides med å identifisere et mer egnet navn på begrepet nasjonal kjernejournal.

3.4.2 Et kompetent helsepersonell – i alle deler av tjenesten

Helsepersonell er den største og viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. Helsetjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass med utviklingsmuligheter og gode og trygge arbeidsvilkår. Det er vanskelig, for ikke å si umulig, å lykkes med gjennomføringen av helsepolitikken dersom ikke den personalpolitiske og personalmessige situasjonen er tilpasset målene som er satt.

Samhandlingsreformens problemforståelse viser at tilgjengelige ressurser i framtida må benyttes annerledes enn i dag. I denne sammenheng blir det viktig å se på behovet for ulike helsepersonellgrupper kan framover, og tiltak som kan iverksettes for å møte framtidig behov for personellgrupper det blir mangel på. Framskrivninger fra SSB/Helsemod 2008 viser at vi vil ha behov for mellom 95 000 og 135 000 nye årsverk fram mot 2030, mens tilgangen av helsepersonell vil øke med om lag 100 000 årsverk. Behovet for økt personellkapasitet inntreffer først mellom årene 2020 – 2030, da økningen i antall pleietrengende vil øke. Det vil legges vekt på å tilpasse eventuell oppbygging av kapasitet til tidspunktet for når volumendringene på behovssiden inntreffer. Det vises til Rapport 2009/9 fra SSB, Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030.

Skal vi lykkes med å realisere helsepolitikken må vi ha sikkerhet for følgende:

- at det utdannes riktig omfang av de ulike typer helsepersonell og at utdanningen gir kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestenes krav
- at faktorer som påvirker søkningen og rekrutteringen til de ulike deler av helse- og omsorgstjenesten er slik innrettet at vi får den nødvendige fordeling av kompetanse og ressurser som understøtter de politiske målene
- at gruppene er opplært til og har utviklet holdninger og verdier som samsvarer med og understøtter det helsepolitiske verdigrunnlaget og de helsepolitiske målene

Helse- og omsorgsdepartementet mener at analysene som ligger til grunn for samhandlingsreformen, og de mål som settes for reformen, setter

søkelyset på forhold der det gjennom samarbeid mellom myndigheter, virksomhetsledelse og helsepersonell bør skje utvikling og endring slik at rammebetingelser og praksis enda bedre tilpasses de helsepolitiske målene. Som en del av samhandlingsreformen vil departementet særlig arbeide med utviklingsarbeid ut fra følgende forståelser og hovedlinjer:

- Det må legges større vekt på å utdanne helsepersonell som er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver. Videre må de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtte at det utdannede helsepersonellet i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot spesialisthelsetjenesten. Det kommunale ansvarsområdet gis på lik linje med spesialisthelsetjenesten en avtalemessig mulighet til å ivareta sine behov og interesser overfor utdanningsinstitusjonene.
- Hvor fleksibelt arbeidskraften kan brukes er en viktig forutsetning for hvor godt helse- og omsorgssektoren virker. Departementet vil påse at det framover blir foretatt analyser og vurderes relevante tiltak for å utvikle riktig fleksibilitet for bruken av arbeidskraft.
- Pasientforløpstenkningen må være en grunnleggende premiss for utdanningen.

Samhandlingsreformens mål blir ikke nådd dersom det ikke på alle områdene blir foretatt vurderinger og gjennomført prosesser med sikte på en utvikling som bedre ivaretar samhandlingsperspektivet, og også uten at dette skjer på bekostning av for eksempel kvalitets- og effektivitetsmålsettinger. Skal de nødvendige omleggingene lykkes, er det avgjørende at utvikling og endringer skjer i samarbeid med pasient- og ansatteorganisasjoner. I meldingen vil derfor departementet begrense seg til å omtale de hovedlinjer som bør legges til grunn for det kommende utviklingsarbeidet. Arbeidet vil skje i dialog med Kunnskapsdepartementet og innenfor rammebetingelsene som gjelder for styringstiltak overfor utdanningsinstitusjoner.

3.4.3 Sikre god samhandling med andre sektorer

God samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer er vesentlig for å lykkes med målsettingene i samhandlingsreformen.

En stor del av befolkningen og brukerne av helsetjenestene er i yrkesaktiv alder. Dimensjonen helse – arbeid er svært viktig både for å forebygge og motvirke strømmen inn i helsetjenesten og i neste omgang komme raskere ut og tilbake til arbeid. Erfaringer, bl.a. fra «Raskere tilbake» viser at innsatsen både fra arbeids- og velferdssiden og helsesiden i sykefraværsoppfølgingen er av vesentlig betydning for å kunne lykkes. I den grad det er mulig bør en fokusere på parallelle tjenester framfor sekvensiell behandling, slik at uhensiktsmessige ventetider kortes ned og effektive løp sikres. En helhetlig og målrettet prosess forutsetter god samhandling mellom de involverte aktørene. Samspillet innen helse – arbeid dimensjonen er kompleks fordi det involverer mange aktører med ulike roller (bruker, arbeidsgiver, fastlege, NAV-kontor, spesialisthelsetjenesten, kommunen mv.).

Det pågår utviklingsarbeid på flere områder og en vil i det videre arbeidet komme nærmere inn på hvordan helse- og omsorgstjenestens samarbeid med tilgrensende tjenester skal ivaretas på en god måte.

Det vises bl.a. til at regjeringen i september 2008 satte ned et utvalg (Flatø-utvalget) som har som mandat å utrede hvordan tjenester til utsatte barn og unge kan samordnes bedre. Både lov- og regelverket, praktiseringen av denne og behovene for samordning, skal ligge til grunn for utredningen. Utvalget skal legge fram sin innstilling ved utgangen av året. I innspill til arbeidet med samhandlingsreformen knyttet til barn og unge, er det blant annet framhevet viktigheten av samarbeid med sektorer utenfor helsetjenesten.

Regjeringen oppnevnte i april 2008 et ekspertutvalg som ser nærmere på organisering, finansiering og forvaltning på hjelpemiddelområdet. Hjelpemidler er ofte en viktig og nødvendig forutsetning for at personer med kortvarige som vesentlige og varige funksjonsnedsettelse, skal bli mer selvhjulpne og i stand til å bli boende hjemme. For en aldrende befolkning handler det om viktige forutsetninger for fortsatt å kunne bo hjemme og klare seg mest mulig selv. Et sentralt tema er dagens arbeidsdeling og samarbeidsflater mellom stat, kommune og andre aktører. Utvalget skal legge fram sin innstilling 1. desember 2009 og Regjeringen vil, innenfor rammen av samhandlingsreformen, komme tilbake til hvilken betydning en ny kommunerolle vil kunne bety for hjelpemiddelforvaltningen.

Innsatte i fengsler har de samme pasientrettigheter som befolkningen for øvrig. Nettopp for å oppnå best mulig oppfølging av den enkelte innsatte under soning og i forberedelsene til løsla-

telse, er det særlig viktig at kriminalomsorgen og helsetjenestene samarbeider og samhandler til beste for den enkelte soningsdømte.

3.5 Alle aktørgrupper må være med

Helse- og omsorgspolitikkenes resultater skapes gjennom innsatsen til mange aktørgrupper. Med dette som utgangspunkt skal framheves tre forhold som ligger til grunn for arbeidet med samhandlingsreformen:

- Flere faggrupper har meldt til departementet at de som grupper og med den kompetanse som de forvalter, gjennomgående ikke blir godt nok «sett» og trukket inn i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Departementet har i arbeidet med samhandlingsreformen lagt vekt på å ha bred kontakt med helse- og omsorgstjenestens faggrupper. Departementet mener videre at det må være et viktig hensyn for videre utviklingsarbeid at det gjøres bruk av bredden av kompetanse og erfaring som finnes i de ulike faggruppene. Samtidig som det fokuseres på bidragene fra de enkelte faggruppene, er det tilsvarende viktig at det er den helhetlige helse- og omsorgspolitikken som er referanserammen for utviklingsarbeidet.
- Samhandlingsreformens ambisjon om å videreutvikle den offentlige helse- og omsorgstjenesten må kombineres med et fokus på hva som bør være rolle, oppgaver, rammebetingelser og samarbeidsmønstre for de frivillige organisasjonene. De frivillige organisasjonene spiller i dag en viktig rolle og det bør være skjerpet oppmerksomhet på hvordan endringer som kan følge av samhandlingsreformen gir grunnlag for det videre utviklingsarbeidet. Utviklingen må skje i dialog mellom myndigheter og de frivillige organisasjonene og med respekt for det idegrunnlag som de ulike organisasjonene er tuftet på. Elementer i samhandlingsreformen som kan være gjenstand for prosesser er blant annet satsingen på forebygging og utviklingen av kommunenes rolle. Fokuseringen på mestring og livskvalitet, der mange andre tiltak enn helse- og omsorgstjenester i mer snever forstand vil være relevante, er et annet aktuelt område.
- Det har ikke vært tema i arbeidet med samhandlingsreformen å endre rammene for bruk av private tjenesteleverandører på helse- og omsorgsområdet. Innenfor de rammer for bruk av private som fastsettes i politikken er

det viktig at det gis rammebetingelser som både understøtter målene for helse- og omsorgspolitikken og som gir grunnlag for god drift og utvikling av de private virksomhetene. I dialogen med de private aktørene er i dette perspektivet flere hensyn trukket fram, blant annet at rammebetingelser og kontrakter bør ha nødvendig langsiktighet. Videre utvikling av helse- og omsorgstjenesten må inkludere prosesser med de private aktørene som utvikler og sikrer hensiktsmessige rammebetingelser.

3.6 Erfaringer fra andre land

Oversiktslitteraturen viser til at det i europeisk og vestlig reformarbeid det siste tiåret har vært fokus på hvordan man skal møte utfordringene med det økende antallet eldre, kronisk syke og det endrede sykdomsbildet som følge av livsstilsendringer (f.eks. økende fedme).

Dette leder til et samlet økt behov for helsetjenester, samt et behov for differensierte, tverrfaglige og koordinerte tjenester. Mange av de senere års reformer har viktige elementer av samhandling (integreerte tjenester), og vekten i reformarbeidet har vært på å utvikle primærhelsetjenesten.

Et fellestrekk er at man har valgt å legge økt finansieringsansvar og flere oppgaver til primærhelsetjenesten, f.eks. i form av insentiver for å utvikle tjenestene på dette nivået (som i Danmark), eller man har gitt primærhelsetjenestenivået oppgaven med å kjøpe eller bestille spesialisthelsetjenester (England og Finland).

Et annet fellestrekk er at det er søkt å etablere større lokale enheter enn det kommunale nivået

normalt representerer. Danmark har foretatt kommunesammenslåinger mens Finland, Skottland og England har etablert egne geografiske områder for primærhelsetjenesten.

Det legges gjennomgående opp til organisatoriske endringer med vekt på lokale sentra (poliklinikker og helsesentra) og tverrfaglige team som samarbeider om pasientbehandlingen. Ofte er sentrene bemannet både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og det er et økende fokus på mestring.

Et annet fellestrekk er at primærhelsetjenesten ivaretar forebyggingsoppgaver, ofte med individuelle forebyggingstilbud. Brukermedvirning, analyse av pasientforløp og bruk av dokumentert medisinsk praksis er ofte benyttet som grunnlag i tjenesteutviklingen.

Det legges også ofte opp til partnerskapsordninger, gjerne lovpålagte (Skottland, Danmark), for å tilskynde at det blir et fellesskap i å planlegge tjenestene for befolkningen.

Det er videre et gjennomgående trekk at man satser på utvikling av IKT-systemer for å understøtte koordineringen av omsorg og behandling, understøtte informasjon til forskning og utvikling, og raskt iversette nye, dokumenterte behandlingsopplegg.

Helse- og omsorgsdepartementet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester gjennomførte i 2008 en idedugnad med eksperter fra en rekke land. Kunnskapssenteret hadde på forhånd laget en rapport som identifiserte aktuelle problemstillinger og som lå til grunn for drøftingene på møtet. Arrangementet ga viktige impulser til departementets arbeid med samhandlingsreformen.

-

Del II
Samhandlingsproblemenes omfang



Figur 4.1

4 Dokumentasjon av samhandlingsproblemenes omfang

I arbeidet med samhandlingsreformen har det vært vesentlig å identifisere og avklare omfanget av samhandlingsproblemene. Det finnes ingen entydig måte å kvantifisere det reelle behovet på, og en av forklaringene er at det eksisterer ulike oppfatninger avhengig av ståsted og erfaringsbakgrunn. Det er imidlertid viktig å skille mellom det som er reelle samhandlingsutfordringer og det som framstår som et samhandlingsbehov, men som egentlig skyldes at ressurser og kompetanse ikke er fordelt og tilpasset de behovene som forventes løst av de ulike leddene i helse- og omsorgskjeden.

4.1 Samhandlingsutfordringene er store i dag

Påstand: Samhandlingsutfordringene for store pasientgrupper er store. Vi bruker ressursene på et for høyt nivå, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunen.

Grunnlaget kan oppsummeres slik:

4.1.1 Eldre pasienter

En stor del av de eldre har behov for koordinerte tjenester, og har problemer i vekslingene mellom de ulike tjenestene.

- Eldre har oftere sammensatte lidelser der sykdommene og den medisinske behandlingen gjensidig virker inn på hverandre. Innlagte pasienter over 75 år har i gjennomsnitt tre diagnoser samtidig. 25 pst. av dem har seks diagnoser.
- 50 pst. av de mellom 80 og 90 år som er innlagt i sykehus mottar også kommunale tjenester. I gruppa over 90 år vil tilsvarende andel være opp mot 90 pst. Ser vi på sykehusinnleggelser for eldre over 80 år under ett er andelen 75 pst. Dette tilsvarer om lag 150 000 pasienter per år, eller nesten 20 pst. av samtlige døgnopphold i 2007.
- Pasienter over 80 år utgjorde 4,6 pst. av innbyggerne, men forbrukte 16,4 pst. av alle liggedager i norske sykehus i 2007.

4.1.2 Pasienter med diagnose der sykdomsgruppen har mer eller mindre innslag av kroniske sykdommer

En stor del av pasientene har en eller flere kroniske sykdommer, med *over tid* behov for tjenester både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I arbeidet med samhandlingsutfordringene er det viktig å ha tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot langvarige, eventuelt uhelbredelige sykdommer. Mennesker med slike sykdommer må få behandling og oppfølging i samsvar med rettighets- og prioriteringsbestemmelser og ikke risikere at det skjer en utilsiktet prioriteringsvridning mot sykdommer der tjenestens mål er å gjøre frisk, og der tidsperspektivet oftest er mye kortere.

Det er også språklige problemstillinger knyttet til temaet. Ofte brukes betegnelsen pasienter med kroniske sykdommer som fellesbegrep om langvarige, og eventuelt uhelbredelige sykdommer. For noen av sykdommene som forstås å ligge innenfor hovedbetegnelsen er det uomtvistelig at sykdommene vil vare livet ut og helse- og omsorgstjenestens oppgaver må derfor være rettet inn mot sykdomsutvikling og mestring. For andre sykdomsgrupper, for eksempel på områdene rus og psykisk helse, vil mange ha utsikter for full helbredelse, men for enkelte vil dette også dreie seg om varige sykdommer. For slike sykdomsgrupper må det vektlegges at det ikke brukes generelle begreper, slik som kronisk sykdom, som bidrar til at det i samfunnet utvikles generaliserte og feilaktige oppfatninger av sykdommene. Når analysene om samhandling fokuserer på grupper med store, og dels langvarige samhandlingsutfordringer, er det viktig å være seg bevisst denne forutsetningen.

Pasienter med kronisk sykdom, eller som kan ha langvarige forløp, utgjør om lag 38 pst. av alle sykehusopphold. Eksempel på slike diagnoser er psykiske lidelser, rusavhengighet, kols, hjertesvikt, diabetes, sykkelig overvekt.

Evalueringen av rusreformen viser at rusbehandling i betydelig grad er preget av brudd i behandlingsforløpet. For mange vil et slikt oppstykket behandlingsforløp kunne medføre at pasienten faller ut av den planlagte behandlingen. Den sam-

mensatte problembelastning mange rusmiddelavhengige også har, innebærer at det for mange vil være krevende å forholde seg til et lineært og oppdelt tjenestetilbud der man bør beherske gangen i systemet fra førstelinje/lavterskeltiltak, sosialtjeneste, fastlege, spesialisthelsetjeneste, behandlingstilbud og oppfølging lokalt. Om lag 30 000 antas å ha et behandlingstrengende alkoholproblem. Antall injiserende misbrukere anslås til 8200–12 500. Det er videre anslått at 20 000 har ulik grad av samtidig rusproblemer og psykiske lidelser og 4000 dobbeltdiagnose. I løpet av 2007 ble det henvist i alt 15 688 til vurdering for rett til nødvendig helsehjelp/rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

4.1.3 Utskrivningssituasjonen

- Pasienter med rusproblem opplever at tilbud om bolig eller oppfølging i det kommunale hjelpeapparatet svikter etter innleggelse i spesialistinstitusjon.
- «Utskrivningsklare» pasienter i somatiske sykehus i 2007 er anslått til omlag 150 000 liggedøgn.
- Estimerte tall fra SINTEF viser at mellom 4 – 500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare
- Hver femte eldre pasient *reinnlegges* (to påfølgende innleggelser fra samme pasient innen 28 dager), og mer enn hver fjerde eldre pasient *reinnlegges* innen to måneder. For nye brukere av omsorgstjenester, reinnlegges hver tredje pasient.

4.1.4 Innskrivningssituasjonen

Den samfunnsmessige utviklingen gjør at flere hjelpetrengende eldre bor hjemme med hjemmetjenester. En forverring av den medisinske tilstanden, som for eksempel en lungebetennelse, vil medføre at de trenger ekstra hjelp og kvalifisert medisinsk behandling. Dette medfører i de fleste tilfeller innleggelse i sykehus, fordi det ikke finnes alternative og tilpassede tilbud i kommunen.

- 60 pst. av alle heldøgnsopphold er øyeblikkelig hjelp, mens andelen er 80 pst. for aldersgruppen over 80 år
- antall sykehusopphold for personer over 80 år har økt med 50 pst. siste ti år selv om det ikke har vært noen vesentlige demografiske endringer i denne perioden
- SINTEFs pasienttelling fra 2003 innen psykisk helsevern viste at 50 pst. av de innlagte på akuttavdeling burde hatt tiltak på DPS eller

kommunalt nivå. Om lag 40 pst. av de døgninnlagte på DPS burde primært hatt et kommunalt tilbud.

- Det er i flere norske studier anslått at omfanget av unødvendige innleggelser i sykehus er betydelig. Det anslås at om lag 400 000 somatiske liggedøgn i sykehus kunne vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunen.
 - Et doktorgradsarbeid ved Søbstad Helsehus¹ viste at en i gjennomsnitt sparte 13,4 liggedøgn i primæropphold og reinnleggelser i sykehus for aktuell pasientgruppe ved at pasientene ble etterbehandlet på en intermedieravdeling utenfor sykehus, jf. boks 6.1.
 - I 2007 var det 415 000 øyeblikkelig hjelp innleggelser i norske sykehus. 55 pst. av disse skjedde uten at fastlegen var involvert. En studie gjort i 2007² viste at inntil 50 pst. av disse igjen kunne ha vært unngått hvis det hadde vært bedre tilgjengelig informasjon i kommunen om pasienten og det hadde vært alternativer på kommunalt nivå. Med en gjennomsnittlig liggetid på fem døgn, utgjør dette om lag 500 000 liggedøgn per år.
 - I Trondheim ble i det i 2002 gjort en ekspertpanelvurdering av pasienter over 75 år som ble innlagt på kardiologisk avdeling, lungeavdeling og ortopedisk avdeling for å vurdere om pasientene kunne ha vært behandlet uten innleggelse i sykehus. Denne studien³ viste at 20 pst. av pasienten kunne vært behandlet uten innleggelse under visse forutsetninger. De fleste hadde behov for et institusjonstilbud som ble benevnt som forsterket sykehjem.
 - I et doktorgradsarbeid i 1999⁴ er det konkludert med at 24 pst. av innleggelser ved medisinsk avdeling i Tromsø ikke hadde medisinsk nytte av oppholdet.

¹ Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health 2007;7: 68

² Grimsø A, Elwyn GJ, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. MKJ. 1994;309: 576–8

³ Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Services Research 2007, 7: 133

⁴ Eriksen BO et al. Assessing health benefits from hospitalization. Agreements between expert panels. Int J Technol Assess Health Care 1996;12: 26–35

- En studie i Helse Fonna fra 1996–1998⁵ viste at et tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten kunne redusere antall innleggelser med minimum åtte pst.

4.2 Samhandlingsutfordringene er voksende

Påstand: Den demografiske og epidemiologiske utviklingen gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Grunnlaget kan oppsummeres slik:

4.2.1 Økning i antall eldre

Fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre, mens andel yrkesaktive i samme periode ikke vil øke nevneverdig.

- antall eldre over 67 år vil fordobles fram til 2050
- antall personer over 80 år kan komme til å øke fra 218 594 i 2007 til nesten 325 000 i 2030 og over 500 000 i 2050
- en rekke tilstander vil øke i antall som følge av økt alder i befolkningen, såkalt aldersrelatert sykdom (f.eks kols, hjertesvikt, demens, kreft)
- selv om en begrenser seg til å videreføre dagens standard og dekningsgrad på tjenester, så vil de offentlige utgiftene komme til å øke fra 44 pst. av fastlands BNP i dag til i størrelsesorden 55 pst. i 2060, jf. St.meld. nr. 9 (2008–2009), Perspektivmeldingen 2009.
- med samme standard på tjenestene som i dag, vil behovet for arbeidskraft fordobles fram til 2050. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå viser at det i Norge vil være et samlet underskudd på om lag 43 000 årsverk knyttet til helse- og sosialfaglig personell om 20 år (spesielt mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere).

4.2.2 Økning i livsstils – og aldersrelaterte sykdommer

Det har skjedd, og skjer, en dramatisk økning innenfor store sykdomsgrupper, spesielt innenfor de såkalte livsstilssykdommene:

- om lag 200 000 nordmenn har kols. Antallet av personer med alvorlig kols er økende; og i 2020 kols antas å bli være den tredje viktigste dødsårsaken i verdenssammenheng, høyere dødelighet enn for eksempel akutt hjerteinfarkt.
- I 2005 var det omlag 66 000 personer med demens i Norge. Det antas også at om lag 10 000 personer årlig rammes av demens. Fram til 2035 vil antallet dobles. Trolig vil nær halvparten ha behov for plass i sykehjem, dvs. alene ha behov for 50 prosent flere enn dagens 40 000 sykehjemsplasser.
- Antallet personer med diabetes i Norge ble i 2004 anslått til omlag 265 000. Av disse har rundt 25 000 type 1-diabetes mens resten har type 2-diabetes. Halvparten av de med type 2-diabetes er udiagnostisert. Man har sett en tredobling av antall personer med type 2-diabetes de siste 30 årene. Blant 60- og 75-åringer har henholdsvis fem og ti prosent har diabetes. Menn med type 2-diabetes har 2–4 ganger økt risiko, og kvinner 3–5 ganger økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og amputasjon.
- I dag er halvparten av alle voksne og ett av fem barn i Europa overvektige (kroppsmasseindeks >25). WHO har nylig erklært at fedmeepidemien er en av hovedhelseutfordringene i Europa i årene som kommer. I Norge er forekomsten av overvekt snart på linje med forekomsten i USA i henhold til norske studier,
- Innen psykisk helse og rus er det betydelig økende omfang fram mot 2030, spesielt antas det at behovet overfor barn og unge, og til personer med dobbeltdiagnosene rus og psykiatri vil øke mest (Sintef Helse).
- I framtiden vil flere få kreft (24 000 nye tilfeller årlig), og flere vil leve lenger med sin kreftsykdom. Økt levealder er den viktigste grunnen fordi risikoen for alle kreftformer øker med alderen.

4.2.3 Feil i innskrivnings- og utskrivningssituasjonen

Hvis en forutsetter en framskrivning av dagens anslåtte omfang av utskrivningsklare pasienter og unødvendige sykehusinnleggelser, vil antall liggedøgn for pasienter som kan behandles utenfor sykehus øke fra 550 000 i dag til omlag 900 000 i 2030. Dette vil i 2030 utgjøre nesten en av fire–fem liggedøgn, forutsatt at antall mulige liggedøgn i sykehus er konstant faktor. Dette estimatet er forsiktig fordi en her ikke har tatt hensyn til at det har skjedd en relativt kraftig vekst i eldres bruk av sykehussenger de siste ti årene.

⁵ Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar. En studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i sjukehus. Doktogradsarbeid. Universitetet i Oslo, 2000

-

Del III
Utdypende om enkelte tema



Figur 5.1

5 Pasientrolle og pasientforløp

5.1 Innledning

Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. I de bakenforliggende analysene er det pekt på at en viktig årsak til dagens problemer er at det i liten grad er strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i pasientenes behov. Ansvar for å sørge for spesialiserte helsetjenester til befolkningen er lagt til regional helseforetak mens kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenesten og omsorgstjenesten (sosialtjenesten). Disse tjenestene er i utpreget grad søyleorganisert, med parallell, vertikal organisering. De drives og ledes derfor i stor grad med sikte på at de selv skal yte gode tjenester isolert sett. Lovgivningen er også utformet ulikt for det enkelte tjenesteområdet, noe som kan bidra til å gjøre samarbeid mellom tjenestenivåene vanskeligere å gjennomføre. Dessuten pålegger ikke lovgivningen noen nivåer eller strukturer under departementsnivå, ansvar for helheten i tjenestene.

En sentral del i arbeidet med reformen har derfor vært å finne fram til systemtiltak som har forankring i, og rettet inn mot helheten i pasientens behov, også når disse går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser. En slik innfallsvinkel stiller også krav til at det på en grunnleggende måte må arbeides med å løfte fram pasientrollen i helse- og omsorgssektoren. Det er Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning at både medvirkning og pasientmakt skal økes og bli mer reell.

Spørsmålet om pasientmedvirkning, enten dette gjelder å bygge direkte beslutningskompetanse, eller andre former for medvirkning eller innflytelse gjør seg gjeldende på to nivåer:

- deltakelse fra pasienten i eget forebyggings-, behandlings-, rehabiliterings- og omsorgsopplegg
- deltakelse fra pasient- og bruker- organisasjoner i prosesser på systemnivå. Det vil si i utvikling og utforminger av systemer og overordnede beslutninger, som gir rammene

og forutsetningene for hvordan tjenestene blir ytt til den enkelte pasient.

Samhandlingsreformens verdimeslige utgangspunkt er at det skal tilstrebes at de ulike oppleggende for pasientmedvirkning i størst mulig grad er forankret i det helhetlige pasientforløpet. Det er pasientens integritet og behov som er utgangspunktet for helse- og omsorgstjenestens eksistens. Det vil stride mot dette utgangspunktet dersom ikke tjenestene, både på individ og systemplan, viser vilje til å fange opp hva som er pasientens forståelse av sitt behov. Dette er ikke ensbetydende med at det er det meldte behovet som skal følges opp av tjenesten. Regelverk for prioriteringer vil gi rammer for hvilke tjenester som skal gis, og likeledes vil faglige og etiske normer også påvirke tjenestenes innretning. Men dette endrer ikke på det grunnleggende forholdet om at helse- og omsorgstjenestens opplegg for medvirkning i størst mulig grad bør la denne være relatert til helheten i pasientforløpet.

Det har i arbeidet med samhandlingsreformen vært dialog med bruker- og pasientorganisasjonene om hva som vil være relevante utviklingstiltak for at pasientmedvirkning i større grad enn i dag skal rettes inn mot de helhetlige pasientforløpene.

5.2 Pasienten i sentrum for samhandling gjennom pasientforløpene

Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten, er ikke gode deltjenester bra nok. En må også forutsette god samhandling.

Dårlig eller manglende samhandling, gjør at pasienten fort opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige og opplever overgangen mellom dem som problematisk. Det er pasienten som blir den tapende part ved dårlig samhandling ved å påføres unødige lidelser som økte ventetider og unødvendige komplikasjoner. Spørsmålet om god samhandling eller ikke, dreier seg om respekt for

pasientens integritet og behov, om kvaliteten på tjenestene, og i verste fall om forsvarligheten av tjenestene. Mange pasienter, og ikke minst pårørende, har opplevd at det blir deres ansvar å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike del-tjenestene.

Sett fra pasientens ståsted er det neppe særlig viktig om ansvaret er delt mellom en kommunehelsetjeneste og en spesialisthelsetjeneste. Det må være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjermer og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel eldre personer med flere sykdommer, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter.

Individuell plan er et helt sentralt tiltak for å ivareta samhandling og pasient- og brukerforankring. Departementet legger til grunn at individuell plan fortsatt skal være et helt sentralt tiltak for å ivareta god samhandling. Arbeidet med forløpsarbeid er primært rettet inn mot systemsiden og utgjøre således et understøttende supplement til bruken av individuell plan.

Flere av forslagene som vurderes gjennom samhandlingsreformen har derfor som et sentralt siktemål å understøtte helheten i helse- og omsorgstjenestens tjenesteyting.

Skal summen av gamle og nye tiltak gi de tilsiktede effektene for bedre samhandling er det avgjørende at det innenfor helse- og omsorgstjenesten utvikler seg en faglig og organisatorisk kultur, der de ulike faglige aktørene og organisatoriske enhetene i større grad ser sine egne tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Mer konkret betyr dette at aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient, og samles om felles mål for behandlingen.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at det innenfor rammen av samhandlingsreformens arbeid bør skje et systematisk arbeid der alle involverte grupper; brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner, virksomheter og kommuner, arbeider sammen for å utvikle felles forståelse av hva som for de ulike sykdomsgruppene er gode pasientforløp. Med dette utgangspunktet må det også settes søkelys på i hvilken grad de faktiske forløpene samsvarer med det som er identifisert som gode pasientforløp, eller om vi mer eller mindre står overfor situasjoner der det skjer «brudd» i

Boks 5.1 Brudd

Svikt i tjenesteytingen vil framstå som et brudd i forløpet. Begrepet brudd er altså uttrykk for at ytelsene fra de ulike tjenestedelenene ikke møter pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte. Dette kan fremstå som brudd i tidsaksen med venting som resultat, brudd i informasjonsflyten som fører til sviktende grunnlag for kliniske beslutninger, eller brudd i ressurstilførselen til pasientforløpet som på ulikt vis kan gi mangelfull behandling.

forløpene. Med brudd menes at det er dårlig sammenheng mellom de ulike tjenestene som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester og at bruddene gjør at pasientenes behov for koordinerte tjenester blir dårlig dekket. Dette er også dårlig forvaltning av samfunnets ressurser.

I dette arbeidet er det også viktig å være bevisst på at enkelte sykdomstilfeller kan ha en egenart som gjør at tjenestene heller bør ta utgangspunkt i særtrekkene ved sykdomstilfellet og ikke i oppsettet for standardiserte pasientforløp. Innenfor de fleste sykdomsgrupper vil mange av tilfellene være tjent med at de møtes med godt forberedte og tilrettelagte standardiserte behandlings- og oppfølgningssystemer. De ulike involverte aktørene vil arbeide under kjente forutsetninger, og man vil være kjent med hverandres roller og oppgaver. Dette betyr ikke at de fastsatte mønstrene blindt skal følges. For at innfallsvinkelen med standardiserte pasientforløp skal gi de tilsiktende resultatene er to supplementer viktig. For det første at man kan bruke det beskrevne pasientforløpet til å vurdere hvilke pasienttilfeller som har så mange særtrekk at tjenestene heller bør ta utgangspunkt i de særlige forholdene ved sykdomstilfellet, og ikke i oppsett for standardiserte pasientforløp. Også for tilfellene der det tas utgangspunkt i standardiserte pasientforløp, bør det for det andre vurderes om det for det enkeltstående forløp bør velges andre løsninger. Departementet mener at en slik tilnærmingssmåte, med de beskrevne mulighetene for tilpasninger til sykdomstilfellenes egenart, kan gi positive effekter i forhold til å utvikle lærende organisasjoner og gode virksomhetskulturer.

Innspill som Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt fra Norsk forening for osteogenesis imperfecta (medfødt benskjørhet) gir en illustra-

sjon om at det i implementeringen av hovedlinjene i samhandlingsreformen må være et blikk for egenarten ved de ulike sykdomstypene og dette blir ivaretatt i den praktiske innretningen av helse- og omsorgstjenesten. De betoner blant annet at «kommunen ikke er svaret på alt», og at deres sykdomsgruppe i likhet med mange andre med kroniske diagnoser vil trenge rehabilitering med jevne mellomrom hele livet. Rehabilitering må i stor grad skje i sykehusene fordi kommunene ikke har den nødvendige kompetansen. De melder frykt for at helseforetak og kommuner ikke i tilstrekkelig grad vil styre pasientene inn mot steder der den nødvendige spesialkompetansen finnes. De hovedlinjer som samhandlingsreformen bygger på må la seg kombinere med at helsetjenestens aktører har den nødvendige oppmerksomhet både om egenarten ved den enkelte sykdomsgruppe og ved den enkelte pasient.

5.2.1 Arbeid med pasientforløp

I arbeidet med samhandlingsreformen gjennomfører Helse- og omsorgsdepartementet et prosjekt der det forsøkes utviklet felles forståelse av hva som er de sentrale forløpene på de respektive områdene. Disse områdene er ikke dekkende for all tjenesteyting i helse- og omsorgssektoren, men representerer et bredt spekter av sentrale problemstillinger. Kols og diabetes viser utfordringsbildet ved kronisk sykdom. Slag og kreft viser utfordringene ved stor kompleksitet og bredt samhandlingsbehov omkring enkeltdiagnoser. Psykisk sykdom, rus og eldre pasienter med sammensatte lidelser viser kompleksiteten på områder der samhandlingsbehovet kan strekke seg ut over helse- og omsorgssektoren. Sykehjemsbeboeren, riktig legemiddelbruk og rehabilitering illustrerer samhandlingsbehovet ved kritiske delfunksjoner. Samtidig har vi også arbeidet med mer sjeldnere tilstander med stort samhandlingsbehov der individuell tilpasning er av kritisk betydning, – som sjeldne sykdommer og funksjonshemminger, multifunksjonshemmede barn og psykisk utviklingshemmede.

I dette arbeidet har det vært sentralt å identifisere på hvilke områder det skjer, eller er risiko for brudd i forløpet, og hva som er relevante utviklingstiltak for å oppnå bedre pasientforløp. Helsedirektoratet, kommuner, helseforetak, pasientorganisasjoner og ansattes organisasjoner er sammen med Helse- og omsorgsdepartementet, involvert i dette arbeidet.

Dette er en arbeidsmåte som ikke skal fortrengte det ansvar som de kliniske miljøene har for

å finne fram til gode forløp med basis i medisinen helsefaglige – og teknologiske metoder. De erstatter heller ikke etablerte prosesser som skjer i regi av Helsedirektoratet for å beskrive forsvarlige behandlingsforløp.

Siktemålet er heller av praktisk og empirisk karakter. Det gir en vesentlig styrke at representanter fra de ulike aktørgruppene «setter seg rundt samme bord» og utvikler en felles og overordnet forståelse av dagens praktiske situasjon. En god forståelse av i hvilken grad det foreligger systemsvikt som gir åpenbare avvik i forhold til en målsetting om helhetlige pasientforløp, er en del av dette.

Arbeidet er avsluttet i fire av gruppene, mens de øvrige gruppene vil avslutte sitt arbeid før sommeren. Et sentralt poeng med å arbeide med pasientforløp er at de ulike deltakende aktørene kan gå tilbake til sine livs-, ansvars- eller driftsposisjoner og ha med seg bedre forståelse av andre aktørgruppers erfaringer og synspunkter. Verdien av aktiviteten ligger både i selve prosessen og i eventuelle felles dokumenter som lages. Både faglige myndighetsoppgaver og de kliniske miljøene som er sentrale i arbeid med faglige retningslinjer, kan for eksempel få impulser om hvordan behovene bør forstås, hva som er svakheter ved dagens praksis, og hva som særlig bør vektlegges når det skal lages faglige retningslinjer.

Arbeidet som nå er gjennomført og gjennomføres i regi av samhandlingsprosjektet, har skjedd med et begrenset antall møter i gruppene og under korte tidsfrister, noe som blant annet begrenser mulighetene for at deltakerne kan drøfte fakta og problemstillinger i sine «hjemlige» miljøer. Selv om mange har meldt tilbake at de har funnet arbeidet verdifullt er det også kommet kritiske meldinger fra enkelte at tempo og rammebetingelser for øvrig, gjør at de ikke kan slutte seg til de foreliggende rapportene. Helse- og omsorgsdepartementet mener at arbeidet har gitt viktige impulser til arbeidet med samhandling, men fra departementets side er det også viktig at arbeidet sees på som starten på en prosess, der også det videre arbeidet på de enkelte områdene forutsettes å kunne ta opp i seg nødvendige utdypinger og kvalitetssikringer. I det videre arbeidet med pasientforløp vil også erfaringer og synspunkter på arbeidet som nå er gjort være nyttige når opplegg for metoder og prosesser for framtidig arbeid skal besluttes. Uten å gjøre forsøk på noen fullstendig gjennomgang av synspunkter fra arbeidene, trekkes det her fram noen erkjennelser og utfordringer ut av arbeidene. Det understrekes at synspunktene ikke kan utleg-

ges som dekkende for alle deltakerne som har medvirket.

- Samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunene er like utfordrende som internt i foretakene.
- Viktigheten av at fastlegene samhandler både innad mot kommunen og mot helseforetak.
- Samhandlingsutfordringene mellom kommuner og foretak har sammenheng med ulike målsettinger. Kommunene relaterer sine mål til funksjonsnivå, mens foretakene relaterer sine mål til lindring og reduksjon av sykdomsprosessene.
- Mange av pasientene legges inn på feil premisser i sykehus – ofte som øyeblikkelig hjelp. De fleste av disse pasientene ville profitert på et behandlingsopplegg der hastegraden som kritisk faktor ble nedtonet til fordel for bedre tilpasning til kronisk sykdom, og /eller behandlingsopplegg for den eldre pasienten med sammensatte lidelser.
- Samhandlingsutfordringene mellom kommune og foretak skyldes delvis at disse organisasjonene er underlagt ulikt lovverk. Kommunene forholder seg til kommunehelsetjenesteloven og foretakene til helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven.
- Det er ulike betalingsordninger for foretak og kommuner med ulike incentiver. Det medfører at det kan lønne seg for en tjenesteyter å skyve kostnadene for en pasient over til en annen tjenesteyter med mulighet for samfunnsøkonomisk tap, og i verste fall en forverring av pasientens situasjon.
- Der er manglende incentiver i begge betalingsordninger for å stimulere forebygging og tidlig intervensjon, altså en «venstreforskyvning» på tidsaksen.
- De stykkprisbaserte finansieringsordningene kan slå inn i forhold til medisinske prioriteringer og beslutninger. Man kan velge å prioritere lønnsomme pasienter eller lønnsomme tiltak.
- Det er manglende harmonisering av ressurstilførselen i flere behandlingsskjeder. Slik kan gevinsten av stor ressursinnsats i behandling gå fullstendig tapt i neste ledd fordi man ikke har satt inn ressurser på rehabilitering etter behandlingen, eller brukt tilstrekkelig ressurser i hjemmesituasjonen etter et dyrt rehabiliteringsopplegg.

Funn og erfaringer fra Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har i brev av 9. desember 2008 til departementet, gitt en systematisert oversikt av funn og erfaringer fra tilsyn der det er avdekket svikt forbundet med samhandling. Innspillet berører både planlagte tilsyn og hendelsesbasert tilsyn.

Med bakgrunn i planlagte tilsyn trekkes særlig følgende forhold fram:

- mangelfull kunnskap om øvrige tilbud
- manglende eller mangelfull informasjonsflyt
- ikke avklart eller ikke tydelig arbeidsdeling, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold
- manglende kommunal oppfølging etter utskrivning fra institusjon
- oppsplittet organisering

Fra det hendelsesbaserte tilsynet pekes det på at en skal være særlig oppmerksom på mulighet for svikt når det gjelder samhandling mellom nivåene i forhold til:

- der ansvar er delt eller uavklart, kan det føre til at oppgaver unnlates fordi en mener det er den andre parts ansvar
- epikriser og prøvesvar (særlig biokjemiske resultater og røntgen); for å sikre at de blir formidlet, kommer fram i tide og blir forstått rett
- sikre at journalene er til stede og fullstendige slik at det blir hensiktsmessig utveksling av nødvendig informasjon mellom helsepersonell
- pasienter med sammensatt problematikk (rusmisbrukere ser ut til å være særlig utsatt)
- interkommunale legevakter, der det er spesielle utfordringer

I sitt brev bekrefter Helsetilsynet en viktig del av analysen bak samhandlingsreformen om at «det er i overgangene det er størst risiko for svikt og at slik svikt kan få alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne». Helsetilsynet framhever også at det for mange tilfeller er påvist at svikt ikke blir brukt som læringseksempler i andre deler av tjenesten.

Pasient- og brukerombud

Stortinget har vedtatt at pasientombudenes virkeområde utvides til å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester, med unntak av miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven og økonomiske ytelser i sosialtjenesteloven. Utvidelsen trer i kraft 1. september 2009, og dagens navn vil bli erstattet med Pasient- og brukerombud.

Endringen innebærer en stor forbedring for alle som trenger tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten og langvarig oppfølging. Pasientombude-

nes virksomhet har vist seg å være kontaktskappende mellom pasient og helsetjenesten. Mange brukere har behov for å bli hjulpet gjennom systemet med sine behov, og dette skal ombudene hjelpe til med. Dagens avgrensning til spesialisthelsetjenester fremstår som uforståelig for mange som henvender seg til ombudene, spesielt sett i forhold til utfordringene knyttet til pasienter som trenger tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten og langvarig oppfølging.

Utvidelsen innebærer at over 210 000 personer som mottar kommunale helse- og sosialtjenester omfattes av pasientombudsordningen. Dette innebærer at eldre, så vel som personer med nedsatt funksjonsevne eller psykiske lidelser med flere, kan henvende seg til pasientombudet uavhengig av om de mottar kommunale tjenester eller sykehus behandling. Pasientombudene er også i Regjeringens forslag bedt om å ha et ekstra våkent øye ovenfor personer som ikke er i stand til å gi uttrykk for egne omsorgsbehov, herunder personer med utviklingshemninger.

5.3 Pasientens rolle i helse- og omsorgstjenesten – forholdet til medvirkning

Helsetjenestens verdigrunnlag er avgjørende for hvorledes tjenestene utvikles. Det er bred enighet om at befolkningen skal ha et likeverdig tjenestetilbud over hele landet uavhengig av alder, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn. De pasientene som har et særskilt behov for at helse- og omsorgstjenestene samhandler, har det til felles at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstille alene. Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Samhandling krever derfor et perspektiv som går ut over den enkelte institusjon eller forvaltningsnivå. I slike situasjoner er det helt nødvendig at tjenesteyterne møter pasientene med et helhetlig menneskesyn og ser pasienten i en større sammenheng. Wisløffutvalget påpeker også i NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt, at det er mange som kjenner seg maktesløse og sårbare i møtet med helsetjenesten og det er derfor viktig at møtet preges av respekt for pasienten og pasientens integritet. God samhandling kan i dette perspektivet være viktig for å bidra til sosial likhet innenfor helse- og omsorgstjenestene, og er således en viktig del av verdigrunnlaget. Et vesentlig element i integritetskravet er også individets rett til medbestemmelse

og medvirkning. Det vil si at tjenestemottaker opplever å få innvirkning på tjenestetilbudet.

Å legge hensynet til pasienten til grunn for tjenesteytelsen (brukerperspektivet) er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket. Perspektivet innebærer at det er den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp som settes i sentrum. Det krever at tjenestene er lett tilgjengelige, helhetlige og sammenhengende og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, levestett og evner. Det krever også at den enkelte gis et realistisk bilde av hjelpen som gis, blir hørt og får medvirke i gjennomføringen. Tjenesteytere må legge til grunn at også pasienter har rett til å bli møtt med respekt for sine ulike synspunkt og ønsker. Helsetjenestens verdigrunnlag må forutsette at pasienten har ønske om, og kompetanse til, å gjøre sine egne valg. Slik beslutningskompetanse må om nødvendig tilføres pasienten slik det dels skjer i Lærings- og mestringssentrene. Retten til selvbestemmelse og medbestemmelse er således også en viktig del av prinsippet om respekt for pasientens integritet.

Pasienten har utviklet seg fra å være passivt mottakende til å bli langt mer aktivt medvirkende, og til dels etterspørrende og krevende. Gjennom bl.a. internett har pasienten i større grad fått tilgang til kunnskaper om egen helse og hvilke behandlingstilbud som finnes. Pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser. Dette kan bedre prognosen for gode resultater. Det finnes etter hvert sterke og kompetente brukerorganisasjoner som ønsker å påvirke tjenestenes utvikling og delta på vegne av pasientene. Brukermedvirkning tilfører således helse- og omsorgstjenestene merverdi.

Alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette medfører også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Wisløffutvalget mente at manglende samhandling ofte skyldes for liten oppmerksomhet om nettopp dette perspektivet. Også de som tilrettleger og planlegger helsetjenestene på alle nivå, må arbeide med dette prinsippet som utgangspunkt. Selv om helsetjenesten har ansvaret for at det skjer en nødvendig koordinering og samhandling mellom tjenestene, kan brukermedvirkning også bidra til å fremme samhandling. Bakgrunnen for dette er at det finnes mye erfaringsbasert informasjon og kunnskap hos pasientene om behovet for tjenester og for helheten i tilbudet. Derfor mente utvalget at pasienten burde kunne være en inspirasjonskilde og en ressurs for samhandling.

Det er et viktig element i arbeidet med samhandlingsreformen å utvikle medvirkningsordninger for bruker- og pasientorganisasjonene som i større grad er rettet inn mot de helhetlige pasientforløpene. Dette vil framover bli gjort til tema i dialog mellom departement og organisasjoner.

5.4 Bruk av lovgivning for å understøtte samhandling

5.4.1 Helse- og omsorgslovgivning som nasjonalt styringsvirkemiddel

Samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene er ikke regulert i en egen lov. Det er heller ingen systematisk samling av bestemmelser om samhandling i tjenestelovene for kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller omsorgstjenesten. En kan derfor få inntrykk av at lovgivning ikke er tatt i bruk som nasjonalt styringsvirkemiddel for å fremme samhandling innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Det finnes imidlertid en del enkeltstående bestemmelser om plikt til samhandling i de ulike tjenestelovene. For eksempel inneholder mange av lovene bestemmelser om individuell plan for visse grupper tjenestemottakere. Andre eksempler er spesialisthelsetjenestens bestemmelser om pasientansvarlig lege og om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. I kommunehelsetjenesteloven er kommunehelsetjenesten generelt pålagt å samarbeide for å yte enhetlige helsetjenester og spesielt pålagt å samarbeide med sosialtjenesten.

Disse lovbestemmelsene kan ikke ha bidratt til å fremme samhandling i tilstrekkelig grad i og med at det er konstatert at manglende samhandling er et problem i dag. Hvis man skal bruke lovgivning som styringsvirkemiddel på en effektiv måte, er det behov for kunnskap om hvilke betingelser som må være oppfylt for at de ønskede virkninger skal oppnås. Det er for liten tradisjon for å evaluere lovgivning og dermed vanskelig å finne systematisk underbygget kunnskap om i hvilke tilfeller lov fungerer godt som styringsvirkemiddel innenfor de ulike samfunnsområdene.

Erfaringer med de reglene som pålegger samhandling viser at lovpålegg i seg selv ikke har vært et tilstrekkelig tiltak for å få til bedre samhandling innenfor helse- og omsorgsområdet. Dette tilsier at normative virkemidler mest sannsynlig må suppleres med andre systemtiltak, som organisering av effektive samhandlingsarenaer og finansieringstiltak, som gjør samhandling til økonomisk rasjonell adferd.

Dersom lovgivning brukes ukritisk for å oppnå ønskede målsettinger og det viser seg etterpå at reglene ikke får den tilsktede effekten, kan det føre til at respekten for lovgivning som styringsform innenfor helse- og omsorgssektoren blir mindre.

Lovgivningen skal også framover være et sentralt virkemiddel i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. I samhandlingsreformen er det lagt vekt på lovtiltak brukes på områder der andre tiltakstyper ikke vurderes å ha tilstrekkelig gjennomslagskraft.

5.4.2 Konkrete lovtiltak for å understøtte samhandling ift. pasientens rolle

Regjeringen vil foreta følgende lovgrep for understøtte samhandling i forhold til pasientens rolle.

5.4.2.1 Etablere en koordinerende støttefunksjon for pasienter som har behov for koordinerte tjenester

For det første vil Regjeringen foreslå å etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. I det videre arbeidet vil det bli lagt vekt på å foreta en åpen vurdering av hvor omfattende ordningen bør gjøres. Det vil ikke dreie seg om opprettelse av nye stillinger, men at en person gjennom sin ordinære stilling, får et særlig ansvar for å være kontaktpunkt for pasienten. I arbeidet med utformingen av ordningen vil det bli lagt vekt på at ordningen kun skal gjelde for pasienter som vil ha særlig nytte av å få utpekt en fast kontaktperson som han eller pårørende kan henvende seg til direkte og som kan formidle faglig og praktisk informasjon og være pasientens koordinator innad og mellom helse- og omsorgstjenestene. Det praktiske opplegget skal ikke legge urimelig byrder på virksomhetenes arbeidssituasjon.

For flere stillingstyper, eller posisjoner, slik som for fastlege og pasientansvarlig lege i sykehuse, ligger det allerede mer eller mindre inne i rollene at de skal være et slikt kontaktpunkt. For pleie- og omsorgsfunksjoner både i og utenfor institusjon er det derimot i liten grad etablert personlige kontakt- og koordinatorordninger. Det vil være opp til virksomheten å peke ut person, herunder vurdere hvilke kompetanse som det er riktig at dekker oppgaven. En koordinator kan for eksempel være sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet. Kontaktpersonen vil kunne veilede pasienten om behandling og øvrig oppfølging som tjenestene legger opp til, slik at

pasienten får bedre kunnskap om helheten i helse- og omsorgstjenestens oppfølging.

I utformingen av ordningen må det skje en tilpasning til flere av ordningene som i dag er etablert for å ivareta koordineringsoppgaver, slik som individuell plan og plikten til å ha koordinerende enhet på rehabiliteringsområdet, og for brukere med langvarige og sammensatte behov innenfor sosialtjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen. Det er viktig at disse tiltakene og funksjonene tilpasses hverandre, slik at det etableres klare roller og ansvarsforhold. Det vil ikke bli lagt opp til at kontaktpersonen gjennom rollen skal pålegges endringer i sin ordinære ansvars- eller fullmaktssituasjon hva gjelder den faglige oppfølgingen av pasienten. Det understrekes at utformingen av ordningen vil reise mange praktiske spørsmål og det er viktig at dette i den videre prosess blir grundig belyst og gjenstand for høringsprosess.

5.4.2.2 *Gjennomgang av gjeldende lovbestemmelser om samhandling*

For det andre vil Regjeringen gjennomgå gjeldende bestemmelser om samhandling. Når det gjelder de enkeltstående bestemmelsene om samhandling som finnes i gjeldende lover, legges det i det videre arbeidet opp til at de gjennomgås i lys av forløpstenkningen med sikte på at de på en bedre måte skal kunne støtte opp om samhandling. Herunder vil det vurderes ulike virkemidler for hvordan man kan tydeliggjøre overfor pasientene og deres organisasjoner hvilken rolle de skal ha i arbeidet med pasientforløp. Gjennomgangen må gjøres med sikte på klarere ansvars plasseringer og klargjøring, forenkling og samling av reglene slik at de på en bedre måte understreker betydningen av samhandling.



Figur 6.1

6 Ny framtidig kommunerolle – aktuelle framtidige oppgaver

6.1 Innledning

Det vises til begrunnelsen for en styrket kommunerolle gitt i kapittel 3.3.3.

I dette kapitlet beskrives og drøftes aktuelle oppgaver den framtidige kommunehelsetjenesten kan gis ansvar for. Det gis en beskrivelse og drøftelse av oppgaver som henholdsvis er å betrakte som en oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne meldingen og dette er eksempler på oppgaver som Regjeringen kan vurdere å legge til kommunene. Regjeringen vil i sin vurdering legge vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt på kommunalt nivå. Det er foreløpig ikke gjennomført samfunnsøkonomiske analyser av de aktuelle oppgaveendringene. Det er en forutsetning for at Regjeringen vil gå videre med forslagene at tiltakene viser seg kostnadseffektive. Dette er en forutsetning for å oppnå målet om et bærekraftig helsevern.

Det presiseres at dette er oppgaver som regjeringen vil vurdere å legge til kommunene. Hvilke oppgaver, omfanget av disse og tidspunkt for iverksettelse vil regjeringen ta stilling til etter at stortingsmeldingen er behandlet av Stortinget. Endelig forslag vil først framkomme i de proposisjoner som er nødvendige for å gjennomføre eventuelle endringer. Etter at meldingen er behandlet av Stortinget tar Regjeringen sikte på å legge fram et lovforslag som tydeliggjør de framtidige kommunale oppgavene og ressursbehov. Dette vil gjelde både oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Det legges også opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid. I tillegg vil en i det videre utredningsarbeidet vurdere nærmere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige

forutsetninger for dette. Regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet, jf. omtale i kapittel 7. Videre forutsettes at det skjer en forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene som samsvarer med en eventuell oppgaveoverføring. Innføring av økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og fullfinansiering av utskrivningsklare pasienter vil også inspirere til å utvikle roller og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene. I tillegg vil Regjeringen framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme i kommunene. Gjennom dette skal det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver, jf. omtale i kapittel 8. Som et ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen vil både dagens utdannings- og forskningssystem bli gjennomgått med sikte på at disse i langt større grad skal understøtte de kommunale oppgavene, jf. omtale i kapittel 13.

Et viktig element i samhandlingsreformen er at kommunene må forvalte sine ansvarsposisjoner og oppgaver på en helhetlig måte, med utgangspunkt i brukernes og pasientenes behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester, og innenfor de myndighetsmessige rammer som følger av lov og budsjettvedtak.

Det ligger i prinsippene for organisering av offentlig sektor at kommunene selv bestemmer hvordan de vil organisere sine helse- og omsorgstjenester. Det er en utfordring at viktige deler av den kommunale helsetjenesten blir levert av aktører som er organisert utenfor den kommunale organisasjonen, som eksempelvis fastleger og avtalefysioterapeuter. Når det er egne rammebetingelser for styring av enkelte grupper, kan dette gi utfordringer for hvordan det legges til rette for samarbeid mellom helsepersonell fra de ulike profesjonsgruppene, og for hvordan de enkelte elementene blir forankret i en helhetlig kommunal helsetjeneste.

6.2 Utviklingen i omsorgstjenesten

Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose. I denne meldingen blir omsorgstjenesten i hovedsak brukt som en samlet betegnelse for ulike former for hjemmetjenester, hjemmesykepleie, omsorgsboliger, aldershjem og sykehjem, med støtte fra allmennlegetjenesten og den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de siste 20 årene fått tilført mange nye oppgaver og hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper. Kommunehelsetjenesteloven, sykehjemsreformen, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming og opptrappingsplan for psykisk helse står som viktige milepæler i denne utviklingen, som har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå. Også innenfor helseområdet har det vært en betydelig utvikling i oppgaveløsningen, både i tjenester som utføres innenfor den kommunale forvaltningen og i tjenester som leveres av eksterne aktører slik som fastlegene og fysioterapeuter med avtale. En økning i aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, og omlegging av driften med kortere liggetid og overgang til mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet, har også medført at flere oppgaver enn tidligere i stor grad blir løst i kommunehelsetjenesten.

Aktiviteten i den kommunale omsorgstjenesten har de siste årene hatt sterk vekst og er betydelig endret. I overkant av 200 000 personer mottar nå omsorgstjenester i form av hjemmetjenester eller tilbud i alders- og sykehjem. Om lag 40 000 brukere mottar tjenester i alders- og sykehjem, mens vel 160 000 brukere mottar hjemmetjenester.

De store endringene i de kommunale omsorgstjenestene har de siste årene i stor grad skjedd i hjemmetjenestene. Mens årsverksinnsatsen fordelte seg med 2/3 på alders- og sykehjem og 1/3 på hjemmehjelp og hjemmesykepleietjenester for 20 år siden, går nå over halvparten av de nesten 120 000 årsverkene til hjemmetjenester og åpen omsorg og under halvparten til institusjonsdrift.

Foreløpige beregninger Helse- og omsorgsdepartementet har fått utført (Brevik, NIBR 2009), viser at mer enn 85 pst. av årsverksveksten i sektoren i perioden 2002–2007 har kommet i hjemmetjenestene. Det har samtidig vært en kraftig vekst i tallet på tjenestemottakere under 67 år. I tillegg til brukere med psykiske problemer, har veksten skjedd blant personer med langvarige og sammensatte somatiske lidelser, ofte av nevrologisk art (Multiple sklerose (MS), hjerneslag, trafikkulykker, Cerebral parese (CP), Parkinson, epilepsi mv.).

De nye årsverkene i omsorgssektoren har derfor de siste årene i hovedsak gått til å bygge ut det kommunale hjemmetjenestetilbudet dels til personer med psykiske problemer, i tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse. Mesteparten av årsverksinnsatsen har imidlertid gått til personer med langvarige somatiske sykdommer og nevrologiske lidelser. For disse to gruppene har årsverksveksten i følge de foreløpige beregningene, vært om lag 100 pst. i perioden 2002–2007, og tilsvarer en vekst på anslagsvis 5–6 mrd. kroner i 2007. Den siste brukergruppen har i motsetning til de andre brukergruppene i hjemmetjenesten, ikke vært omfattet av politiske reformer eller handlingsplaner. Med samhandlingsreformen vil ytterligere oppgaver kunne løses lokalt av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Styrken med samhandlingsreformen vil være at oppgavevekst og overføring skjer åpent og i tråd med politiske beslutninger, der også de økonomiske virkemidlene blir synliggjort.

Det er verdt å merke seg at det er hjemmesykepleien som først og fremst er i vekst sammen med andre fagtilbud utført av helse- og sosialpersonell med høgskole- og universitetsutdanning, mens den tradisjonelle hjemmehjelpstjenesten stagnerer og reduseres. Det er færre brukere som bare mottar praktisk bistand i form av hjemmehjelp. Denne utviklingen tilsier at det framover bør legges vekt på å tydeliggjøre hva som er innholdet i sykepleiefunksjonen og hvordan dette integreres i den helhetlige helse- og omsorgstjenesten.

Veksten i omsorgstilbudet til eldre over 67 år har bare kommet i form av en noe styrket bemanningsfaktor i sykehjemmene, og ikke i form av vekst i hjemmetjenestetilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at tallet på de yngste eldre (67–80 år) er redusert de siste 15 årene, og at funksjonsevnen blant yngre eldre er bedret med økende levealder. Men det gir neppe en fullgod forklaring på manglende vekst i hjemmetjenestetilbudet til eldre.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider derfor med å få fram sikre tall og analyser av utviklingstrekkene i disse tjenestene de siste 20 år. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette ved rullering av Omsorgsplan 2015 og ved utarbeidelsen av Nasjonal helseplan. Helsetilsynet vil sette i gang et omfattende 4-årig tilsyn med tjenestetilbudet til eldre fra 2009.

Innsatsen i forhold til eventuelle nye framtidige kommunale oppgaver må settes inn på en slik måte at de eksisterende og grunnleggende omsorgsoppgavene ikke fortrenses eller blir nedprioritert av nye oppgaver.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er en del av lokalsamfunnet, og tjenestene må organiseres inn mot bruker, familie og frivillige. Samtidig må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten styrkes for å sikre en helhetlig oppfølging av den enkelte bruker. Styrking av de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal derfor også bygge videre på vedtatt politikk og langsiktig planarbeid på området. Arbeidet må bl.a. ses som en videreføring av St.meld. nr. 25 (2006–2007), Mestring, muligheter og mening – framtidas omsorgsutfordringer, som skal sikre økt kapasitet, kompetanse og kvalitet i tjenestene, bedre samspill med familie og pårørende og økt vekt på aktiv omsorg og forebyggende tiltak.

Avtale om Omsorgsplan 2015 og verdighetsgaranti

Regjeringen er opptatt av å sikre et tilbud av god kvalitet for eldre både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten. Samhandlingsreformen vil være et viktig bidrag for å få dette til. Regjeringen følger også opp Omsorgsplan 2015 med blant annet mål om 12 000 nye heldøgns omsorgsplasser og 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten. Det er redegjort for status for oppfølgingen av Omsorgsplan 2015 i St.prp. nr. 68 (2008–2009), Kommuneproposisjonen 2010.

I det videre arbeidet med oppfølgingen av samhandlingsreformen vil regjeringen vurdere behov for endringer i dagens lovgivning. Det arbeides med sikte på at det i 2010 skal legges fram forslag til oppfølging av forslagene i NOU 2004: 18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester (Bernt-utvalget). Arbeidet med saken er blitt forskjøvet for å kunne gi forslagene til ny helse- og omsorgslov og forslagene i samhandlingsreformen en helhetlig behandling. Dette vil, sett i sammenheng med ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen som om kort tid legges fram av regjeringen, gi en helhetlig oppfølging av den samlede helse- og omsorgssektor.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2008 inngikk regjeringspartiene et forlik med Kristelig Folkeparti og Venstre om konkretisering av Omsorgsplan 2015. Regjeringen er også i gang med å vurdere hvordan avtalen om å utarbeide en verdighetsgaranti i forbindelse med arbeidet med ny felles helse- og sosiallovgivning skal følges opp. Utgangspunktet var at dette skulle behandles i tilknytning til arbeidet med felles helse- og sosiallovgivning. Oppfølgingen av verdighetsgarantien vil, etter at samhandlingsreformen er lagt fram, kunne legges fram som egen sak og

vil ikke nødvendigvis være avhengig av tidspunktet for oppfølgingen av forslagene i NOU 2004: 18. Regjeringen vil komme tilbake til dette på et senere tidspunkt.

Innovasjon og omsorgsforskning

I tråd med St.meld. nr. 7 (2008–2009), Et nyskape og bærekraftig Norge, blir det nå nedsatt et offentlig utvalg for å utrede og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidas omsorgsutfordringer. Utvalget skal spesielt se på mulighetene som ligger i bruk av ny teknologi og arkitektur, og blant annet vurdere nye organisasjons- og driftsformer som styrker brukerinnflytelse og utvider samarbeidet med brukerorganisasjoner, samvirketiltak, ideelle virksomheter og næringslivet.

Det er stort behov for å utvide og styrke forsknings- og utviklingsarbeidet i den kommunale omsorgssektoren. Viktige aktører i denne sammenheng er de fem nyopprettede «Senter for omsorgsforskning», som skal være regionale forsknings- og utviklingssentra på omsorgstjenestenes område, i tett samarbeid med undervisningssykehjemmene og de nye undervisningshjemmetjenestekommunene. Innsatsen på dette forskningsfeltet er under opptrapping, med midler kanalisert gjennom Forskningsrådet og Helsedirektoratet.

6.3 Aktuelle framtidige oppgaver

I det følgende beskrives og vurderes mulige framtidige oppgaver og hvilke kriterier som bør ligge til grunn for å sikre at disse funksjonene kan bygges opp i kommunal sektor, og hvilken tverrfaglig oppfølging som er nødvendig fra spesialisthelsetjenestens side. Her omtales eksempler på noen aktuelle oppgaver. Disse er ikke uttømmende og andre oppgaver vil kunne bli vurdert i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.

Oppgavene vil kreve et varierende befolkningsgrunnlag og i det følgende skisseres noen foreløpige anslag for dette. I den konkrete vurderingen av oppgavene vil det bli utredet nærmere hvilken kompetanse og hvilket befolkningsgrunnlag som er nødvendig for at det skal være en helsemessig og samfunnsøkonomisk forbedring å legge oppgavene til kommunehelsetjenesten. Det praktiske opplegget må gi nødvendig mulighet for fleksibilitet for å fremme de beste effektive løsningene til pasientens beste. Systemet må derfor gi rom for lokale tilpasninger. Kommunene må vurdere om de er i stand til å levere disse tjenestene på egen

hånd, i samarbeid med andre kommuner, eller om det er mest hensiktsmessig at de utføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ved vurdering av de enkelte funksjoner vil det i praksis måtte gjøres lokale tilpasninger ut fra hensyn til geografi, befolkningssammensetning, infrastruktur, avstand til lokalsykehus mv.

Oppgavene som vurderes kan forenklet deles i to hovedkategorier; kompetansekrevene funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver. Kompetansekrevene funksjoner er ofte av tverrfaglig art og krever i noen grad spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester. Dette kan være tjenester både i og utenfor institusjon.

Som aktuelle eksempler på framtidige kommunale oppgaver vurderes bl.a:

- tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering (jf. kapittel 6.4)
- tverrfaglige team, herunder ambulante team (jf. kapittel 6.5)
- lærings- og mestringstilbud og egenbehandling (jf. kapittel 6.6)

For psykisk helsevern og rus omtales i kapittel 6.7:

- forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud
- forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen ved psykiske lidelser

- ambulante team
- lavterskel helsetilbud til rusavhengige

Ved å utvikle kommunenes administrasjons- og systemarbeid vil en kunne sikre gode systemer og strukturer som ivaretar både nye og gamle kompetansekrevene oppgaver, og som løfter fram utfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Som eksempler på administrasjons- og systemarbeid omtales i kapittel 6.9:

- helseovervåking
- folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver
- arbeid med avtaler

Regjeringen vektlegger videreutviklingen av tydelige og strukturerte ansvars- og styringssystemer for å sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av den enkelte bruker, og vil søke å styrke kommunene som en likeverdig samhandlingspartner til spesialisthelsetjenesten.

6.4 Kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold

Det er sentralt å sikre pasientene og brukerne trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. For enkelte pasienter vil det være

Boks 6.1 Søbstad Helsehus – et bedre og billigere tjenestetilbud

Mange pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus, kunne fått et bedre og rimeligere tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Erfaringer fra Søbstad helsehus i Trondheim viser at pasienter som får etterbehandling der, klarer seg bedre enn pasienter som får slik behandling ved St. Olavs hospital. Dessuten er kostnadene for oppholdet ved Søbstad, betydelig lavere enn ved sykehuset.

Etterbehandlingsenheten ved Søbstad helsehus ble opprettet i 2002. Det ble ansatt flere leger, sykepleiere og fysioterapeuter enn ved vanlige sykehjem, men færre enn ved sykehus. Målet var å få pasientene raskere ut av sykehus, gi dem et tilbud i kommunen og på den måten redusere antall korridorpasienter ved sykehuset. St. Olavs Hospital og Trondheim kommune samarbeider om tiltaket. Sykehuset har ansvar for faglig oppdatering av personalet og bidrar med finansiering.

Et doktorgradsarbeid har sammenliknet tilbudet ved Søbstad med tradisjonell sluttbehandling ved St. Olavs Hospital. 142 pasienter, akutt og kronisk syke, som var innlagt ved St. Olavs hospital, var med i studien. Halvparten fikk etterbehandling ved Søbstad og den andre halvdel ved St. Olavs. Studien viser at etterbehandling ved sykehjemmet, førte til færre reinnleggelser. Tilbudet var også svært kostnadseffektivt sammenliknet med sykehustilbudet. Flere pasienter klarte seg uten kommunale omsorgstjenester og det var færre døde. I Søbstad-gruppen var det 14 pasienter (19,4 pst.) som ble reinnlagt, og i sykehusgruppen var det 25 pasienter (35,7 pst.) som måtte reinnlegges. Etter seks måneder var det 25 pst. av Søbstad-pasientene som klarte seg selv, mot bare 10 pst. av de som var behandlet på sykehus. Dødeligheten etter ett år var 18 pst. i Søbstad-gruppen og 31 pst. i sykehusgruppen.

Boks 6.2 Fosen DMS – åtte kommuner med felles tjenester

På Fosen-halvøya i Sør-Trøndelag har åtte kommuner (Osen, Roan, Ålfjord, Bjugn, Ørland, Rissa, Leksvik, Mosvik) etablert et felles distriktsmedisinsk senter. Senteret har en rekke tjenester som felles legevakt, enhet for observasjon og etterbehandling, spesialistpoliklinikk og digital røntgen. Telemedisinske tjenester er godt utbygd og det er lagt godt til rette for undervisning og veiledning over nettet. Evaluering viser at pasientene er svært godt fornøyd med kvaliteten på alle deler av tilbudet.

Spesialisthelsetjenesten ved senteret drives som en del av den ordinære virksomheten ved St. Olavs Hospital, med tilreisende spesialister som er koblet opp mot sykehusets IKT-system. Pasienter med enklere lidelser slipper å dra til sykehuset, og det er jevnlig kontakt per videokonferanse om medisinske problemstillinger med legene i Trondheim.

Enhet for observasjon og etterbehandling er et tilbud for pasienter «før, istedenfor og etter» sykehus. Evaluering viser at enheten fungerer etter intensjonen:

- 75 pst. av pasientene som er innlagt til observasjon, følges opp lokalt.
- 25 pst. sendes videre til sykehus
- 85 pst. av pasientene som får etterbehandlingstilbud, skrives ut til hjemmet, kommunale korttidsplasser, omsorgsboliger eller sykehjem
- 15 pst. reinnlegges ved St. Olavs hospital

I 2008 inngikk de åtte kommunene en selskapsavtale mellom Fosen distriktsmedisinske senter og St. Olavs Hospital. Selskapets andeler er fordelt etter kommunenes størrelse og behov for tjenester. Selskapet har et representantskap bestående av de åtte ordførerne, og et styre på seks medlemmer, hvorav et medlem er ansatt ved St. Olavs Hospital.

Evalueringen konkluderer med høy kvalitet i behandlingen, høy kompetanse hos personalet og stor trygghet i befolkningen.

Les mer om Fosen DMS:

<http://www.fosen.net/>

best å få et kvalitativt godt tilbud nær hjemmet i stedet for å bli lagt inn i sykehus ved akutt sykdom eller i den terminale fasen.

Erfaringer fra samarbeid mellom enkelte sykehus og kommuner (jf. boks 6.1) kan bl.a. tyde på at vi til dels har en strukturell mangel i dagens helse-tjeneste i behandlingsskjeden mellom sykehus og kommunehelsetjeneste; med andre ord kan det synes som om terskelen mellom sykehusbehandling og det kommunale tilbudet er blitt for høy. Resultatet er at en del pasienter blir klassifisert som utskrivningsklare, men blir liggende i sykehus i påvente av kommunalt tilbud. Andre pasienter havner unødig på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har. Som vist i kapittel 9 er omfanget av disse pasientene beregnet til å utgjøre 550 000 somatiske liggedøgn per år, tilsvarende en av sju liggedøgn. I 2030 vil dette utgjøre om lag en av fire–fem liggedøgn, forutsatt at antall mulige liggedøgn i sykehus er konstant faktor. Tilsvarende viser estimerte tall fra SINTEF at mellom 4–500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare.

I statsbudsjettet for 2009 er det bevilget 40 mill. kroner til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak. Midlene er gått til pilotprosjekter (jf. nærmere omtale under kapittel 10) og lokale samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak, herunder interkommunale samarbeidsmodeller. Mange av tiltakene vil være understøttende for samhandlingsreformens formål.

Flere pågående samhandlingstiltak viser at ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. Det kan derfor vurderes å bygge opp kommunale tilbud *før, istedenfor* og *etter* sykehusopphold; herunder

- Behandling av pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i stedet for innleggelse i sykehus.
- Observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus.
- Etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem.

Boks 6.3 Intermediær avdeling – Helse Asker og Bærum (HAB)

Eldre utskrivningsklare pasienter har ofte behov for medisinsk oppfølging og opptrening når de er ferdigbehandlet ved sykehuset. Slike tjenester ligger ofte i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De senere årene er det flere steder etablert samarbeid mellom tjenestenivåene som skal sikre denne pasientgruppen et godt og helhetlig tilbud.

Spesialenheten for utskrivningsklare pasienter ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter i Bærum, er et slikt eksempel. Sykehuset Asker og Bærum HF og kommunehelsetjenesten i Bærum samarbeider om tilbudet. Målet er å tilby pasienten et mest mulig helhetlig behandlingsforløp, og å utnytte ressursene i tjenesten på en effektiv måte.

Tilbudet omfatter rehabilitering og opptrening for eldre, utskrivningsklare pasienter i Bærum. De får tilbud om tre til fire ukers opphold, og målet er at flest mulig utskrives til eget hjem, eventuelt med hjemmebaserte omsorgstjenester. Enheten har i dag 27 senger og er samlokalisert med et seniorsenter.

Tiltaket er evaluert av SINTEF helse. Evalueringen viser at pasientene har god effekt av et opphold ved enheten. Pasienter som har vært ved denne intermediære avdelingen ligger i gjennomsnitt ligger 2,8 døgn kortere tid på sykehus, sammenliknet med pasienter som ikke får dette tilbudet. Erfaringen viser at de viktigste suksesskriteriene er seleksjon av egnede pasienter, og at pasientenes forventninger til oppholdet klargjøres når de skrives ut fra sykehuset. Betydningen av et positivt opptreningsmiljø skal heller ikke undervurderes.

Slike oppgaver kan lokaliseres til lokalmedisinske sentra eller forsterka sykehjem utviklet i den enkelte kommune eller gjennom ulike former for kommunesamarbeid.

Regjeringen vil i arbeidet med en ny oppgavebeskrivelse i kommunehelsetjenesteloven vurdere nærmere hvilke og hvordan oppgavene i et lokalmedisinsk senter kan reguleres. Det vil være opp til vurderinger i den enkelte kommune eller kommunesamarbeid å vurdere hvilke funksjoner som er egnet til å legge inn i et lokalmedisinsk senter ut fra lokale forhold og behov. Flere av oppgavene som beskrives nedenfor er det imidlertid naturlig å vurdere å samle i et lokalmedisinsk senter. Funksjoner knyttet til tilbudet til utsatte pasientgrupper med behov for langvarige og sammensatte tjenester, herunder syke eldre med flere diagnoser, kronisk syke, pasienter som trenger lindrende behandling og pasienter som trenger rehabilitering, vil være sentrale i en slik vurdering.

6.4.1 Observasjon og etterbehandlingsplasser

Mange mennesker vil på grunn av akutt sykdom eller sykdomsforverring ha behov for heldøgnsstilsyn og medisinsk oppfølging over en kortere periode. Samtidig viser undersøkelser at utskrivningsklare pasienter i sykehus vil kunne få et bedre og mindre kostnadskrevende tilbud i kommunehelsetjenesten.

Erfaringene viser at å etablere observasjons- og etterbehandlingsenheter i kommunal sektor kan bidra til å bedre situasjonen og det helhetlige tilbudet for den enkelte, bidra til å forhindre innleggelser og reinnleggelser, sikre mer kostnadseffektive tjenester og styrke nærhet til det helhetlige kommunale tjenestetilbudet og lokalsamfunnet.

Observasjonssenger brukes som arena for å avklare om pasienten har behov for sykehusinnleggelse eller ikke. Bruken av slike senger vil for eksempel kunne forebygge innleggelse av kronikere som har mange opphold i sykehus ved forverring av sin tilstand, slik som for eksempel kols- og diabetespasienter.

Døgnplasser til etterbehandling er sengeposter som kan viderefører et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg som er instituert i sykehus. Etterbehandling er særlig viktig for eldre med sammensatte helseproblemer som trenger mer tid og tilpasset rehabilitering med tanke på å komme tilbake til hjemmet.

Organiseringen og finansieringen av disse enhetene varierer i dag fra å være fullintegrert spesialisthelsetjenester til forskjellige modeller for samarbeid mellom tjenestenivåene.

Bemanningsgrunnlaget for slike funksjoner vil være sterkt samvarierende med lokalisering og fleksibilitet i bruk av personell og kompetanse. Ved å bygge videre på eksisterende virksomhet, kan det sikres fleksibel bruk av bemanningen, noe som da vil kreve et mindre bemanningsgrunnlag enn

Boks 6.4 Palliativ enhet – Havstein sykehjem

Mennesker i livets siste fase har behov for helhetlige tilbud som ivaretar den enkeltes psykiske, sosiale og livssynsmessige behov. Lindrende (palliativ) behandling omfatter aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Målet er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende.

Havstein sykehjem i Trondheim kommune har en enhet for lindrende behandling med 12 plasser. Plassene brukes både som avlastningsplasser og for mer permanent bruk i livets slutfase. Enheten tilbyr behandling, omsorg og pleie for pasienter med uhelbredelig sykdom og deres pårørende.

Sykehjemmet har økt grunnbemanning og styrket lege- og sykepleiedekning. Personalet deltar ukentlig på internundervisningen ved Seksjon lindrende behandling ved St. Olavs Hospital.

Tverrfaglig team ved sykehuset underviser og bistår i pasientomsorgen. Sykehuset bidrar med finansiering av plassene. Det er også inngått en avtale som sikrer at kommunen får dekket utgiftene, dersom det er behov for omfattende bruk av kostbare medisiner.

Foreløpig evaluering viser at tilbudet er faglig og samfunnsøkonomisk gunstig. Driftskostnadene er høyere enn i vanlige sykehjem, men vesentlig lavere enn i sykehus.

Det er i dag flere palliative tilbud både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Per november 2008 var det registrert 27 palliative enheter i sykehjem med til sammen 164 senger. I tillegg var det 35 sykehjem med i alt 62 palliative enkeltsenger. Dette blir 226 palliative senger i kommunehelsetjenesten, som er en økning på 57 senger fra 2006.

om man oppretter en ny separat enhet. Basiskompetansen vil i prinsippet være den samme som ved ordinære sykehjem, men forsterket med rehabiliteringspersonell, tilgang på kvalifisert sykepleietjeneste på 24 timers basis. Beredskapsordning for legetjenester vil kunne dekkes i samarbeid med kommunal legevakt. Avhengig av samarbeidsavtaler med sykehus og deres observasjons/akuttenhet, vil det kunne være naturlig å vurdere å bygge ut tilbudet med særskilt kompetanse, som eksempelvis der etterbehandlingsenheten får ansvar for dialyse eller respiratorpasienter. I tilfeller der det velges organisatoriske samarbeidsløsninger mellom kommunetjenesten og spesialisthelsetjenesten må det legges særlig vekt på at det ikke skal oppstå uklarheter om ansvarsforhold.

6.4.2 Lindrende behandling

Lindrende (palliativ) behandling omfatter tjenester som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Det er i dag palliative tilbud både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Den organisatoriske forankringen av tilbudet er i stor grad sammenfallende med spesialiseringsgrad.

Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Dette krever en bred tilnærming fra mange profesjoner. Målgruppen for palliative enheter vil

være pasienter i enhetens definerte opptaksområde. De palliative spesialisenhetene skal ikke bare være et tilbud til eldre, men også yngre pasienter i målgruppen. Lindrende behandling er diagnoseuavhengig, men kreftpasientene utgjør majoriteten av pasientene.

Med palliative enheter menes enheter som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personell for å drive mer avansert lindrende behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling. Størrelse og organisering av palliative enheter i kommunene må imidlertid tilpasses lokale behov og forhold. Uavhengig av modell forutsettes det et tett samarbeid med palliative enheter på sykehusene og det regionale kompetansesenteret for lindrende behandling. Kommunale palliative enheter kan bidra til å sikre et mer kompetent fagmiljø i de helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenestene, noe som også vil komme de hjemmeboende pasientene til gode.

På bakgrunn i erfaringer fra etablerte tiltak, synes det relevant med en personellgruppe bestående av sykepleiere og helsefagarbeidere med relevant videreutdanning og enheten bør ha økt legedekning sammenlignet med en ordinær sykehjemsavdeling. Øvrige relevante faggrupper er blant annet fysioterapeut, ergoterapeut, prest, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og psykolog. Andre faggrupper kan også være aktuelle.

For å etablere en hensiktsmessig og driftsstabil palliativ enhet som driver behandling på et nivå over grunnleggende palliasjon, anbefales det i de nasjonale retningslinjene et befolkningsgrunnlag på minimum 10–15 000 innbyggere. Anbefalt befolkningsgrunnlag vil imidlertid være avhengig av befolkningens alderssammensetning, inntakskriterier til enheten og ønsket spesialiseringsgrad.

6.4.3 Rehabilitering og habilitering

Rehabilitering forstås som: «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- eller funksjonsproblemer (jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, juni 2001).

Definisjonen av habilitering og rehabilitering er viktig, fordi alle elementene må virke sammen for at resultatet skal bli godt nok. Dette skiller rehabilitering fra opptrening, der fokus primært er rettet mot å gjenvinne funksjon eller trene opp en skadet kroppsdel. Men opptrening kan ofte være en viktig del av en rehabiliteringsprosess. Rehabilitering som virksomhetsområde er et vidt felt; det spenner over somatisk og psykisk helse, rehabilitering av rusmiddelavhengige, arbeidsrettet rehabilitering og sosialt liv. Utøvelsen er av tverrfaglig karakter, og bygger på evne til samhandling. Rehabilitering er tiltak som iverksettes parallelt med annen medisinsk behandling, for eksempel medisinering ved hjerteinfarkt.

Tidlig avdekking av funksjonssvikt og umiddelbar igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetjenesten kan bedre den enkeltes funksjon og mestring, redusere eller utsette sykmelding, redusere behov for pleie- og omsorgstjenester, institusjonsplasser eller spesialisthelsetjeneste.

Dagens oppgave- og ansvarsfordeling for habilitering og rehabilitering, følger av forskrift for habilitering og rehabilitering. Forskriften angir en dynamisk grensdragning mellom ansvar som er tillagt kommunehelsetjenesten og ansvar som er tillagt spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bør ha ansvar for tiltak som krever spesialkompetanse eller utstyr, herunder medisinsk spesialkompetanse. Spesialisthelsetjenesten bør også ha utrednings- og veiledningsansvar, hvis det foreligger komplikasjoner eller tilleggssdiagnoser. Definisjonen og avgrensingen av spesialkompetanse, må like

Boks 6.5 Rehabilitering og samhandling to sider av samme sak

Helse- og sosialsjef Lars Bjerke i Drammen kommune uttaler i et intervju at «rehabilitering og samhandling er to sider av samme sak – uten samhandling er det vanskelig å få til god rehabilitering. Samhandling er ideologien, og rehabilitering er den praktiske arbeidsformen».

fullt ses i sammenheng med teknologisk utvikling, og andre medisinske og samfunnsmessige forhold.

En stor andel pasienter som utskrives tidlig fra sykehus, har behov for et rehabiliteringstilbud parallelt med at de har et pleiebehov. En del kommuner tilbyr disse pasientene hjemmesykepleie eller plass i institusjon, men uten samtidig å gi tilbud om fysioterapi og ergoterapi. Flere kommuner har rehabiliteringsplasser i sykehjem. For at dette skal være reelle rehabiliteringstilbud slik det er definert i forskriften, bør behovet for tverrfaglighet gjenspeiles i personalets kompetanse. For mange pasienter er målet å bedre fysisk funksjonsnivå for fortsatt å kunne bo i eget hjem. For å kunne bo i eget hjem, er opptrening og trening på daglige gjøremål, det viktigste tiltaket. Fysioterapi og ergoterapi er sentrale tilbud for pasienter som skal trene opp funksjon og mestre dagliglivets aktiviteter. Tett oppfølging og intensiv trening er ofte nødvendig for at treningen skal ha optimal effekt. Dersom pasienten samtidig trenger pleie, må dette være en integrert del av treningen. Det må settes inn ressurser på et tidlig tidspunkt, for å unngå at pasienten blir innlagt eller reinnlagt i sykehus.

Det kommunale ansvaret for helse- og sosialtjenesten er omfattende. Samlet sett er det kommunale tjenestetilbudet komplekst og sammensatt. Kommunale rehabiliteringstjenester er i hovedsak organisert slik at de tilbys på, eller i tilknytning til, der den enkelte lever livet sitt. Det vil si i eget hjem, i barnehagen, på skolen, i arenaer for fritidsaktiviteter, og i kommunale institusjoner.

På denne bakgrunn vil regjeringen vurdere om kommunene skal ta et større ansvar for store pasientgrupper som i dag får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det kan også være påkrevet å benytte kommunale døgnplasser med nærhet til hjemmet, framfor plasser i spesialisthelsetjenesten. Døgnplasser i det kommunale tjenesteapparatet, vil styrke muligheten for å benytte andre rehabiliteringstiltak, som kommunale lærings- og mestrings-

tilbud, ambulante team og øvrige kommunale tjenester. Videre vil kommunale rehabiliteringsplasser kunne bidra til å unngå innleggelser og reinnleggelser i sykehus.

En stor andel av befolkningen og brukere av helsevesenet er i yrkesaktiv alder. Dimensjonen helse – arbeid er dermed også svært viktig både for å forebygge og motvirke strømmen inn i helse-systemet og i neste omgang komme raskere ut og tilbake til arbeid. Det er derfor viktig å sikre god samhandling mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene på rehabiliteringsområdet, noe som også kan tilsi en sterkere rolle for kommunen.

I dag har kommunen ansvar for brukere med midlertidig behov for tekniske hjelpemidler og staten har ansvaret for brukere med varige behov. Det fragmenterte ansvaret medfører utfordringer for brukerne. Likeledes har kommunene ansvar for hjelpemidler til pasienter i sykehjem, mens beboere i omsorgsbolig og hjemmeboende er et ansvar for folketrygden. Regjeringen har oppnevnt et offentlig utvalg som skal se på organisering, finansiering og forvaltning på hjelpemiddelområdet, der et sentralt tema er dagens ansvarsdeling og samarbeidsflater mellom stat, kommune og andre aktører. Utvalget skal legge fram sin innstilling 1. desember 2009. Regjeringen vil innenfor rammen av samhandlingsreformen komme tilbake til hvilken betydning en framtidig kommunerolle vil kunne få for hjelpemiddelforvaltningen.

En viktig tilbakemelding fra brukerne, er at koordineringen av tjenestene ikke fungerer godt nok. Brukere og pårørende må ofte overta den koordineringsoppgaven som tjenestene skal ivareta. Det er ikke bare bedre systemer de ber om, men kontakt med ett menneske – en koordinator – som kjenner brukerens situasjon, og som på en samlet måte kan koordinere tjenestene det er behov for. Parallelt med retten til individuell plan, er også det lovfestede kravet om koordinerende enhet i kommuner og helseforetak, et verktøy for å få til god rehabilitering på systemnivå. Det vises til kapittel 5 der det omtales forslag om plikt for tjenestene til i nærmere angitte tilfeller å kunne tilby pasient eller bruker personlig koordinator. Hensikten med bestemmelsen er å sørge for faste kontaktpunkter for samhandling på tvers av tjenestenivåer. Dette for å sikre kontinuitet i tilbudet til den enkelte bruker eller pasient. Det antas at rehabiliteringsfeltet vil bli et av de viktigste nedslagsfeltene for bestemmelsen.

Effekt av rehabilitering

Det finnes god dokumentasjon på at det er mulig å høste helsemessige og økonomiske gevinster av forebyggende arbeid, jf. nærmere omtale i kapittel 7. Fagkompetansen må kunne benyttes fleksibelt, for å nå målene om riktig tiltak til riktig tid, og for å redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenester. Eksempelvis viser erfaringer at konservativ behandling utenfor spesialisthelsetjenesten, har god effekt for flere pasientgrupper. Eksempler på dette er slitasje (artrose) i hofte- og kneledd, der man bør prøve fysioterapi med øvelser og styrketrening, før operasjon blir vurdert. Det samme gjelder skulder- og ryggglidelser og blæreinkontinens. Ofte kan operasjon utsettes eller unngås ved riktig trening. Disse pasientene er ofte i yrkesaktiv alder, og målet for rehabiliteringen er at de skal tilbake i arbeid.

I den aktive opptreningsfasen er det avgjørende at det legges til rette for målrettet trening. Dose, intensitet og varighet av treningen må være tilpasset pasientens mål – det kan være alt fra å trene seg opp etter en trafikkulykke, bli kvitt en «musearm» så man kan komme tilbake i jobb, til å klare seg hjemme etter et lårhalsbrudd.

6.4.4 Finansiering av lokalmedisinske sentra

I arbeidet med reformen har det vært et viktig spørsmål om det bør etableres særskilte tilskuddsordninger for å drive fram en mer utstrakt bruk av lokalmedisinske sentra.

Det har vært et prioritert mål i arbeidet med samhandlingsreformen at det skal etableres en kombinasjon av overordnede juridiske rammer og finansieringsordninger/økonomiske insitamenter som understøtter ønsket oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak og som også inspirerer til kostnadseffektiv drift. I så henseende er følgende tiltak sentrale:

- gjennomgang av mulige framtidige kommunale oppgaver
- markering av at når oppgaver flyttes fra helseforetak til kommuner skal tilhørende ressurser følge med
- vilje til at større del av ressursveksten i de kommende årene skal tilfalle kommunene
- kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- kommunal fullfinansiering av utskrivningsklare pasienter

Departementet mener at kombinasjonen av disse tiltakene legger til rette for at kommunene i større grad enn i dag vil ha forutsetninger for å eta-

blere de mest hensiktsmessige og kostnadseffektive tiltakene, for eksempel lokalmedisinske sentra. I denne situasjonen mener departementet at det ikke vil være riktig eller hensiktsmessig å supplere med enkeltstående tilskuddsordninger som rettes inn mot enkeltstående kommunale tiltak, slik som lokalmedisinske enheter. Det er departementets oppfatning at økonomiske insitamentsordninger både på et overordnet nivå og på et mer tiltaksrettet nivå, vil undergrave mye av forutsetningene for at de tilsiktende effektene av de generelle finansieringsordningene vil virke.

6.4.5 Oppsummering

Suksesskriterier for å bygge opp døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behand-

ling og rehabilitering og habilitering i kommunal sektor, synes å være samlokalisering av tjenestene. Det er derfor sentralt at kommunene vurderer om de framtidige tjenestetilbudene, bør samles i et lokalmedisinsk senter.

Erfaringer fra ulike samhandlingstiltak, viser at det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse på kanskje helt opp til om lag 20 000–30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling. Organiseringen av enheten og inntakskriteriene vil kunne være

Boks 6.6 Kommunalt diabetesteam i Alta

Det er opprettet diabetesteam ved flere sykehus, men i kommunehelsetjenesten er det fortsatt sjelden med slike team. Alta kommune var tidlig ute, og opprettet et kommunalt diabetesteam ved helsesenteret, allerede i 1999. En lege er faglig ansvarlig for teamet, og to sykepleiere følger opp pasienter med diabetes, etter henvisning fra fastlegene. Jo tidligere diabetes oppdages, jo mer kan man gjøre for å unngå komplikasjoner og tidlig død.

Pasientene i Alta slipper å reise til sykehus for rutinekontroll. Diabetesteamet lærer dem hvordan de kan kontrollere og mestre sykdommen med blodsuktermåling, kostveiledning, fysisk aktivitet og legemidler. Pasientene kan selv ta direkte kontakt med teamet når de trenger råd og veiledning. Nærhet til fagfolkene skaper trygge pasienter, og det blir lettere å mestre sykdommen og holde den i sjakk. Teamet sørger for kontakt med spesialisthelsetjenesten hvis det oppstår komplikasjoner.

Teamet er en ressurs for hele kommunehelsetjenesten. De har dialog med alle fastlegekontorene om felles prosedyrer for diagnostisering og behandling. Teamet holder kurs for helsepersonell om forebygging av diabetes og hvordan pasienter som har fått diagnosen, kan leve et godt liv med sykdommen.

Les om diabetesteam i Alta:
www.alta.kommune.no

Boks 6.7 Drammen geriatriske kompetansesenter

Det blir en kraftig økning i antall eldre fra 2020. Mange i denne brukergruppen er særlig avhengig av tilgjengelige, samordnende tjenester. Drammen kommune og Buskerud HF har gått sammen om å etablere et geriatrisk kompetansesenter der målet er å tilby en sammenhengende behandlingsskjede gjennom hele helsetjenesten – og dermed bedre kvalitet på tjenestene til syke eldre.

Drammen geriatriske kompetansesenter drives av kommunen i samarbeid med Sykehuset Buskerud og Høyskolen i Buskerud. Tilbudet er særlig rettet mot eldre med mange diagnoser, eldre med akutt funksjonssvikt, og eldre med diffuse og uklare tilstander i rask utvikling. Senteret satser også på fag-, kompetanse- og kvalitetsutvikling i den samlede omsorgstjenesten.

Senteret har disse tjenestene:

- Poliklinikk og dagavdeling står for utredning og behandling
- Forsterket korttidsavdeling
- Ambulerende sykepleierteam med beredskapsoppgaver rettet mot omsorgstjenestene i hele Drammen
- Tverrfaglig, ambulerende geriatrisk team
- Kommunens korttidsplasser, avlastnings- og rehabiliteringsplasser er også lagt til senteret.

Erfaringene er at tiltaket fører til bedre kvalitet i behandlingene av de sykeste eldre. Pasientene får en helhetlig utredning, behandling og oppfølging. De har i stor grad mulighet til å ivareta en mest mulig normal tilværelse.

Lenke:

<http://www.drammen.kommune.no/>

avgjørende for hvor mange senger som etableres, og for hvilket befolkningsgrunnlag som er nødvendig. Ved etablering av ulike aktiviteter i lokalmedisinske sentra, er regjeringen opptatt av at det må sikres gode avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Avtalene må synliggjøre partenes gjensidige ansvar for kompetanseoverføring og veiledning. Det konkrete tjenesteinnholdet i lokalmedisinske sentra, må blant annet vurderes i lys av avstanden til nærmeste sykehus. Regjeringen viser også til at grenseflater mot kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenester, kan være en utfordring ved etablering av lokalmedisin-

Boks 6.8 Intravenøs behandling i sykehjem

Ved sykehjemmene i Skien kan pasienter med urinveisinfeksjon, lungebetennelse eller uttørring, få intravenøs behandling ved sykehjemmet. Målet er at syke eldre skal få god behandling på lavest mulig nivå. De slipper å reise til sykehus, og de får god medisinsk behandling så tidlig som mulig. Dette fører til færre tilfeller av akutt forvirring blant de gamle, og mindre press på overfylte medisinske avdelinger ved sykehuset. Sykepleierne synes at jobben er blitt mer interessant, og det er blitt lettere å rekruttere sykepleiere til kommunen.

Sykepleier Lisbeth Østby ved Sykehuset Telemark tok initiativ til prosjektet i 2007. Hun mente at det var en dårlig løsning at så mange skrøpelige pasienter ble lagt inn for å få behandling for enkle lidelser. Sykepleiere og annet helsepersonell ble kurset i hvordan de skal oppdage, observere og behandle pasienter med urinveisinfeksjon, lungebetennelse eller uttørring. Sykepleiere og vernepleiere har lært å legge inn venekanyler og gi pasienten væske intravenøst. Alt annet pleiepersonell lærer å observere pasientene. Etter kurset har alle sykehjemmene fått tilbud om oppfølging og telefonveiledning hele døgnet. Rundt 430 helsearbeidere i Skien har gjennomgått kurs. Det var en fast kursdag i uken over to måneder.

Prosjektet er utvidet til flere kommuner. Det finansieres av Sykehuset Telemark, sykehjemmene som deltar i prosjektet og Helsedialog.

Les mer om prosjektet: www.sthf.no/inter-avenos

Boks 6.9 Mobilt røntgen

Ullevål universitetssykehus (UUS) har, i samarbeid med Oslo kommune, gjennomført et prosjekt med mobil røntgen, hvor man tilbyr røntgen tjenester til sykehjemmene i Oslo. Pasientene blir undersøkt med røntgen i sengen sin på sykehjemmet i stedet for å bli utsatt for transport til en røntgenavdeling. De digitale bildene overføres trådløst via bredbåndsmobiltelefoni direkte fra røntgenapparatet til røntgenavdelingen som beskriver og tilbakemelder undersøkelsesresultatet. Tilbudet er særlig godt for svake eldre, gjerne demente personer. Erfaringene viser at undersøkelsene holder kvalitetsmessige mål, tjenesten er bedre for pasientene og billigere for samfunnet.

ske sentra, særlig der sentrene etableres som et kommunesamarbeid. Det bør derfor etableres tydelige og forpliktende avtaler mellom de samhandlende kommunene og mellom kommunegruppen og spesialisthelsetjenesten.

Tverrfaglige ambulante team og lærings- og mestringsstilbud kan legges til lokalmedisinske sentra for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud og god ressursutnyttelse.

6.5 Tverrfaglige team, herunder ambulante

Dagens aktivitet knyttet til tverrfaglige team er i stor grad brukergruppe-/ diagnoseorientert og teamene består av ansatte med tverrfaglig kompetanse, ofte med videreutdanning innenfor de respektive fagområdene. Formålet med teamene er å bidra til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, forebygge innleggelser, og motvirke at pasienter og pårørende får lang reisevei til sykehus.

Spesialisthelsetjenesten har i dag etablert tverrfaglige team innen mange fagområder. Stydingsdokumentene til de regionale helseforetakene gir krav om å utvikle pasientrettede samhandlingstiltak, som eksempelvis ambulante team. Det er blant annet åpnet opp for at poliklinisk virksomhet som utføres ambulant også kan utløse ISF-refusjon.

Det er i dag etablert kommunale ambulante team knyttet til ulike innsatsområder, blant annet

diabetes, demens, forebygging og lindrende behandling. I det videre arbeidet skal det vurderes å bygge opp flere ambulante tverrfaglige team i kommunene med et særskilt fokus på diabetes, kols, rehabilitering, habilitering, demens og lindrende behandling, psykisk helse og rus. For omtale av ambulante team innen rus og psykisk helse vises til kapittel 6.7.

Utbygging av ambulante team i kommunal sektor vil kunne sikre større grad av nærhet til det kommunale tjenesteapparatet og til den enkelte bruker. Ambulante team i kommunal sammenheng vil bidra til å bygge opp et tverrfaglig kompetansemiljø i kommunene. Teamene vil kunne utgjøre en faglig ressurs og bidra til kompetanseutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunale tverrfaglige team vil kunne utgjøre et samlet mottakspunkt for veiledning og faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten, og sikre koordinering og helhetlig oppfølging av den enkelte bruker. Regjeringen viser til at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha plikt til å sikre veiledning og kompetanseoverføringen mellom tjenestenivåene.

For å sikre en ambulant virksomhet innen lindrende behandling, geriatri eller rehabilitering vil det være behov for tverrfaglige sammensatte team med tilleggskompetanse innenfor det aktuelle fagområdet. Erfaringene fra ulike team viser at det er

behov for mellom to–fire årsverk per team, men at dette vil varierer ut fra nedslagsfelt, oppgaver og omfang.

I dag er de fleste ambulante teamene organisatorisk tilknyttet ulike former for døgnplasser (intermediæravdelinger, DPS eller sykehusavdelinger). Departementet vil vurdere om det er formålstjenelig for flere kommuner å etablere lokalmedisinske senter med de funksjoner som i dag ligger til intermediære enheter, sykestuene, distriktsmedisinske sentre mv. som en base for ambulante teams virke ut i helse- og omsorgstjenestene. Dette kan bidra til å sikre et sammenhengende og helhetlig tjenestetilbudet for den enkelte bruker, en kostnadseffektiv drift og fleksibilitet mht. bemanning og kompetanse.

Erfaringer tilsier at nødvendig befolkningsgrunnlaget for oppbygging av ulike tverrfaglige ambulante team vil være avhengig av faktorer som organisatorisk tilknytning, driftsløsninger og spesialiseringsgrad.

6.6 Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling

Lærings- og mestringstilbud kan være både primærforebygging og sekundærforebygging. Lav-

Boks 6.10 Læring og mestring i kommunene

Mange trenger støtte og veiledning for å hindre at sykdom utvikler seg. Lærings- og mestringssentrene (LMS) tilbyr dette. Sentrene er internasjonalt kjent, og har til nå bare vært på sykehusene. Et unntak er Sandefjord kommune, som har opprettet et lærings- og mestringssenter. Her får innbyggerne tilbud om livsstilstiltak, endringer i helseadferd, veiledning og informasjon.

Brukere og fagfolk samarbeider om å utvikle tilbudene ved senteret. Flere av tiltakene drives av brukerorganisasjoner, i samarbeid med senteret. Tilbudene gis i grupper, der man lærer av hverandre, får inspirasjon, kan utveksle ideer og danne nettverk.

Eksempler på tilbud:

- Mestringskurs: «Å leve et friskere liv»
- Livsstilskurs for pasienter med diabetes type-2
- Oppfølgingskurs – trening for personer med slag
- Selvhjelpsgrupper

- Treningsgrupper med og uten fysioterapeut
- Læringstilbud – diagnoserelatert og på tvers av diagnoser
- Kurs for søsken og barn av personer med helseutfordringer
- Veiledningsordning på kontor, kafé og apotek

Lærings- og mestringssenteret i Sandefjord samarbeider med brukerorganisasjonene i Sandefjord og Vestfold, og har et stort nettverk å spille på, for eksempel: fastlegene, ulike instanser innen rus, psykisk helse, rehabilitering, Undervisningssykehjemmet i Vestfold og NAV.

Tilbudet er evaluert. Det framheves at brukerne har fått bedre kompetanse og fått økt tillit til egen kunnskap. Samarbeidet er blitt bedre – mellom brukere og fagfolk og mellom brukere og brukerorganisasjoner.

Les mer om LMS i Sandefjord:
<http://www.helsedialog.no/>

terskeltilbud om røykeslutt, kostveiledning og fysisk aktivitet til høyrisikogrupper som står i fare for å utvikle enkelte livsstilssykdommer, kan karakteriseres som primærforebygging. Oppgaver som i større grad er innrettet mot grupper i faresonen der siktemålet er å hindre videreutvikling eller tilbakefall til vanskelige livssituasjoner eller sykdom kan karakteriseres som sekundærforebygging. Oppgavene kan omhandle kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringskurs, innføringskurs for likemenn/veiledere og oppfølgingskurs for samme målgruppe, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk.

Etablering av lærings- og mestringssentre (LMS) er en nasjonal satsing i oppbyggingen av dette fagfeltet, og er i dag helseforetakenes ressurs for å støtte opp under pasient og pårørendeopplæring, som er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. Formålet med lærings- og mestringssentrene er å gi inspirasjon, motivasjon og konkret kunnskap gjennom læringstilbud og veiledning for å håndtere hverdagen bedre, samt sikre økt kunnskap om hva som fremmer læring og mestring.

Etablering av lærings- og mestringstilbud i kommunene vil kunne sikre mer tidlig intervenasjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikre at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får muligheten til å tilegne seg verktøy til å håndtere hverdagen på en bedre måte. Pasientene er innlagt relativt kort tid på sykehus, og er ofte i en situasjon som gjør læring og mestring vanskelig. Når en har fått en langvarig endring i sin livssituasjon som følge av sykdom eller skade vil det som regel ta tid å finne ut av hvordan en på best mulig måte kan innrette livet sitt i forhold til dette. For de aller fleste vil denne perioden finne sted i hjemmet og i vante omgivelser der en fortsatt skal bo.

Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan kommunene også ivareta en viktig koordinatorfunksjon og søke etter mulige samarbeidspartnere som ikke på samme måte eksisterer i spesialisthelsetjenesten, for eksempel frivillighetssentraler, lokale foreninger etc. Lærings- og mestringssentre kan eksempelvis etableres i kombinasjon med andre tilbud for egenbehandling og rådgivnings- og veiledningstjenester og gjennom dette sikres en helhetlig oppfølging av den enkelte bruker.

Med utgangspunkt i dagens erfaringer kan det vurderes å etablere lærings- og mestringstilbud i kommunene som gir tilbud til store diagnosegrup-

per, samt diagnoseuavhengige læringstilbud med mestring som fokus. Kommunalt baserte lærings- og mestringstilbud kan involvere likemannsarbeidet/ selvhjelpsaspektet med en større involvering av frivillige og lokalsamfunn. I det videre arbeidet med samhandlingsreformen vil departementet vurdere nærmere hvilke lærings- og mestringstilbud som kan overføres til kommunene. En viktig forutsetning for plasseringen av lærings- og mestringsoppgaver i kommunene, både hva gjelder valg av oppgaver og eventuell innretning av tjenestene, er at det fremdeles må være den nødvendige tilgang til relevant kompetanse fra spesialisthelsetjenesten.

For å sikre kompetanseutveksling, gjensidig ressursutnyttelse og et helhetlig tjenestetilbud kan lærings- og mestringstilbud samlokaliseres med aktivitet i de lokalmedisinske sentrene. Erfaringer fra Sandefjord viser at et kommunalt lærings- og mestringssenter dekker en befolkningsmasse på 42 000 innbyggere. Det er imidlertid rimelig å anta at man kan ha en lavere befolkningsstørrelse avhengig av innholdet i og organiseringen av tjenestetilbudet. Behovet for interkommunale løsninger må også vurderes ut fra målgrupper, organisering, geografiske avstander og andre lokale forhold.

6.7 Psykisk helse og rus

6.7.1 Status og utfordringer

Mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser er grupper som ofte kan ha behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig.

Ved utgangen av Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2008 er forebygging, tidlig intervenasjon og lavterskeltilbud fortsatt viktige forbedringsområder. Mange steder mangler kommunale lavterskeltilbud som kan utrede og behandle barn. Eksempelvis er det behov for mer kunnskap om å avdekke rusproblemer før de utarter seg. Samtidig er det udekkede behov i gruppen voksne med omfattende og sammensatte behov for tjeneste, enten med opphold i kommunene eller som pasienter på døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.

De kommunale helse- og sosialtjenestene i kommunene omfatter forebygging, tidlig intervenasjon, rehabilitering og behandling. Psykisk helsevern består av sykehusfunksjoner, distriktpsychiatriske senter (DPS), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og privatpraktiserende spesialister. DPS har ansvaret for behandlingstilbudet på lokal-

sykehusnivå med spesialisert utredning og behandling. DPS skal tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant, eller som dag- og døgnbehandling. DPS skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut av psykisk helsevern.

Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er et tilbud i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom. Arbeidet er organisert som et poliklinisk tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge. BUP jobber i stor grad ambulant, og skal understøtte de kommunale helsetjenestene, som fastlege, helsesøster, skole, pedagogisk tjeneste (PPT), utekontakten og barnevernet. Flere ulike yrkesgrupper arbeider ved BUP. Psykolog, barnepsykiater, familieterapeut, nevropsykolog, kliniske pedagoger og sosionomer arbeider sammen. I mange tilfeller er utvikling av atferdsproblemer og internaliserte problemer som depresjoner, angst, selvskading etc. hos unge og rusdebut tett forbundet med hverandre. Disse barna har ofte behov for hjelp både fra barnevern, PPT og psykisk helsevern, og et godt samarbeid mellom tjenestene er nødvendig.

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at Norge har relativt døgntung struktur innenfor psykisk helsevern sammenlignet med andre land. Det er en stor utfordring at døgnplassene både i DPS og i sykehusavdelingene i for stor grad brukes til personer som egentlig burde ha forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunene. Manglende desentralisering av behandlingsoppgaver og ressurser får konsekvenser for spillet rundt pasienten og dermed for tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen i hele det psykiske helsevernet. Psykisk helse-tilbud i kommunene er ujevnt og til dels utilstrekkelig utbygd mange steder. Rundt 70 pst. av ressursene i sektoren går til spesialisthelsetjenesten, og bare omlag 30 pst. til kommunale tjenester. Den til dels dårlige tilgjengeligheten på psykisk helsehjelp kan være et ressursproblem, men skyldes sannsynligvis også organisering, arbeidsmetoder og samarbeid. Fastlegene mottar et stort antall personer med psykiske lidelser, men samhandler i liten eller variabel grad med andre aktører. Det har vært en stor økning av unge, under 40 år som uføretrygdes grunnet psykiske lidelser. 1/3 av de under 40 år som er uføretrygdet og har en psykisk lidelse, oppgir at de ikke har oppsøkt hjelp for sin psykiske lidelse. Mange opplever derfor at de uføretrygdes uten å ha blitt behandlet for sitt psykiske problem.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er en del av spesialisthelsetjenesten og omfatter både polikliniske tjenester, døgnbaserte avrusningsenheter, korttidsbehandling og langtidsbehandling i institusjon. I TBS inngår både sosialfaglig og helsefaglig behandling.

Det er både sosialtjenesten i kommunene og lege som kan henvise pasienter til TSB. Alle vurderinger av henvisninger skal foretas på grunnlag av Helsedirektoratets veileder for slike vurderinger. De pasienter som har alvorligst rusmiddelavhengighet, skal få behandling raskest. Ved behov for akutt-/øyeblikkelig hjelp skal dette tilbys uten unødige opphold.

Legemiddelassister rehabilitering (LAR) inngår som en del av tverrfaglig spesialisert behandling. Utkast til forskrift om LAR og nasjonale retningslinjer for LAR er nå på høring og i det følgende omtales hva som der er foreslått:

Behandlingen skal i større grad normaliseres og reguleres på lik linje med annen rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, og behandlingen skal i større grad integreres i det ordinære tjenesteapparatet. En faglig og individuell vurdering av pasientens behov for helsehjelp skal være avgjørende for tilgangen til LAR. Pasienten skal sikres en helhetlig vurdering og behandling for sin rusmiddelavhengighet og eventuelle somatiske og psykiske tilleggslidelse. Spesialistvurderingen skal sikre en grundig vurdering og utredning av personens behandlingsbehov og hvilke behandlingstiltak som bør iverksettes. Fastlegen vil for de aller fleste av LAR-pasientene overta ansvaret for å gjennomføre og følge opp behandlingen. Dette skal skje i tett samarbeid med øvrige kommunale tjenester, jamfør pasientenes behov for botilbud, aktivitetstilbud mv. Behandlingsopplegget skal tilpasses hver enkelt pasient, med betydelig rom for fleksibilitet.

6.7.2 Forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud

Tidlig intervensjon har til hensikt å forhindre utvikling eller videreutvikling av lidelser og problemer enten tidlig i livet, eller tidlig i et forløp. Tidlig intervensjon er dessuten viktig for å oppøve mestring, hindre utstøting og kroniske tilstander, samt at unødige tilleggslidelser utvikler seg.

Mange profesjoner og instanser er i posisjon til å arbeide med tidlig identifisering og hjelpe disse så tidlig som mulig. Tidlig intervensjon er sektorer- og tverrgående på flere nivåer og vil gjelde ansatte ved

helsestasjon, politi, barnevern, familievern, barnehage, skole og oppfølgingstjeneste og pedagogisk-psykologisk tjeneste. Videre for voksne gjelder det ansatte i sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen, fastleger, Akan- kontakter og krisesentre.

Det viktigste rusforebyggende arbeid er forankret i primærkommunen. Dette gjelder trygge bomiljø, gode fritidstilbud, helsestasjons- og skolehelsetjenester, barnehager, skoler/skolemiljø. Det kan være hensiktsmessig at kommunen og fylkeskommunen i samarbeid vurderer om og hvordan videregående opplæring kan inkluderes i forebyggingsarbeidet.

Kompetanse på tidlig identifisering av psykiske problemer bør være på kommunalt nivå, mens utredning og tiltak lett vil kunne kreve mer kompetanse enn det en liten kommune vil kunne etablere. Det er behov for vesentlig bedre samhandling der brukernes behov står i sentrum, herunder sikre en bedre oppfølging av gruppen med langvarig behov for sammensatte tjenester, samt sikre bedre tilgjengelighet generelt slik at mennesker i en krisesituasjon får hjelp når de trenger det.

Det er behov for økt fokus på forebygging av psykiske lidelser, herunder et sterkere tverrsektorielt fokus på den psykososiale betydningen for

lærings, oppvekst og arbeidsmiljø. I tråd med BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå) bør lavterskel psykisk helsetilbud fortsatt ligge på kommunalt nivå.

Et viktig perspektiv i forhold til å styrke lavterskel tjenestetilbud er de samfunnsmessige besparelsene det medfører å komme tidlig inn med effektive og relativt lite ressurskrevende behandlingsmetoder. Lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid på kveld og helg vil kunne sikre god tilgjengelighet og hindre utvikling av unødige akutt-situasjoner.

6.7.3 Forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen (rehabilitering) ved psykiske lidelser

Målgruppe for forsterkede bo- og tjenestetilbud er mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet, som ikke oppnår egen bolig, og som har behov for døgnbaserte tjenester, enten som alternativ til, eller i påvente av spesialisert behandling. Botilbud vil på den ene siden grense mot kommunale boliger, herunder omsorgsboliger, og på den andre side grense mot døgnplasser i psykisk helsevern.

Forsterkede boliger for brukere med store bistandsbehov og alvorlige lidelser vil kreve et større befolkningsgrunnlag.

Det må sikres at arbeids- og velferdsforvaltningen, barnevernstjenester, fastleger, andre helsetiltak og sosiale tjenester er lett tilgjengelige.

I henhold til SINTEF-rapport 1/09 vil nærmere en tredjedel av pasientene innlagt på døgn i psykisk helsevern være bedre tjent med et kommunalt tilbud, ofte i kombinasjon med et poliklinisk eller ambulant tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig i sykehussektoren, men også i noen grad i DPS-sektoren. For å få til en omstilling som sikrer brukerne et mer hensiktsmessig tilbud må bl.a. spesialisthelsetjenesten kunne gi råd, veiledning og gjøre vurderinger med tanke på overføring til spesialistbehandling. Dette kan gjøres ved å etablere ambulante team/gjøre vaktteneste ved DPS mer tilgjengelig for førstelinjen.

6.7.4 Ambulante team – Assertive Community Treatment (ACT)

ACT team er tverrfaglige sammensatt team i samarbeid mellom kommune og DPS, med god bemanning som gir et tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og med tilleggsp problemer, som f.eks. alvorlig rusavhengighet, og som har behov for et omfattende og langvarig tjenestetilbud. Mål-

Boks 6.11 Brukerstyrte døgnplasser – kom når du trenger det

På Jæren har man etablert brukerstyrte døgnplasser for psykisk syke. Mange kronisk syke trenger å vite at hjelpen er der når de trenger det. Det gir trygghet og hjelp til å håndtere kritiske sykdomsperioder.

I prosjektet «Enkelt og greit i lag» samarbeider Jæren DPS med kommunene Klepp, Hå, Time og Gjesdal om tilbud til personer med langvarig psykisk lidelse og deres pårørende. To sengeplasser ved Jæren DPS ble gjort om til brukerstyrte døgnplasser. De skal benyttes ved kritiske faser i sykdommen. Pasientene kan kontakte Jæren DPS når de kjenner at det trengs. Dette er kontraktfestet. Evalueringen viser at økt tilgjengelighet reduserer forbruket av tjenester.

Resultat:

- Tryggere pasienter
- Lav terskel gir lavere forbruk av tjenester
- Halvert bruk av tvang (nedgang i uker med tvungent helsevern fra 181 til 88)
- Redusert bruk av liggedøgn med 33 pst

Boks 6.12 ACT-team – der brukerne oppholder seg

En del innbyggere med alvorlige psykiske problemer og tilleggsproblemer, har vansker med å dra nytte av kommunens helse- og sosialtjenester. ACT-team har vist seg å være en god modell for å hjelpe disse brukerne. I 2007 ble det satt i gang et treårig prosjekt med ACT-team i Mosse-regionen for å se om metoden egner seg i Norge. Prosjektet er et samarbeid mellom Moss DPS og Råde, Våler, Rygge og Moss kommune.

Et ACT-team (Assertive Community Treatment) er et aktivt oppsøkende behandlingsteam som jobber på tvers av nivåer og sektorer. De oppsøker brukerne der de lever – hjemme, i parker, på skole, jobb eller andre steder. Brukerne får hjelp til å ta ansvar for bolig, medisiner, økonomi, kontakt med myndigheter og andre ting.

Teamet består av psykiater, psykolog, sykepleiere, sosionom og andre yrkesgrupper. De forsøker å gi all hjelp og støtte som pasienten trenger i teamet, i stedet for å henvise brukeren til andre.

Modellen er mye brukt i Danmark, Storbritannia og USA, og det er dokumentert at tiltaket fungerer godt. ACT-modellen reduserer sykehuskostnader, øker effekten av behandlingen og brukerne er fornøyd. Mange har fått bedre helse, fordi de blir tatt vare på, blir beskyttet og får omsorg.

Det er satt av midler på statsbudsjettet for 2009 til å utvikle slike samhandlingsmodeller i kommunene, blant annet ACT-team.

Les mer om ACT: www.helsedirektoratet.no

gruppen kjennetegnes ofte av at de mangler et fungerende sosialt nettverk, at vedkommende ikke evner å forholde seg adekvat til de eksisterende behandlingstilbudene, og ikke selv ser sitt behov for hjelp. Målgruppen det her er snakk om er i tillegg spesielt sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. Teamene gir tverrfaglig og tverrsektoriell behandling som forutsetter at første og andre linjetjenester ytes og ses i sammenheng.

Etablering av ACT-team tilsier i følge Helsedirektoratet minst seks stillinger og et befolkningsgrunnlag på 60 000, og maksimalt ti fagstillinger med et befolkningsgrunnlag på 90–100 000. Det vil i det videre arbeidet vurderes om ACT-team skal bli en lovpålagt kommunal oppgave.

6.7.5 Lavterskel helsetilbud til rusavhengige

Lavterskel helsetiltak møter «brukerne der de er og når de er der». Slik tilnærming er virkningsfull og treffer målgruppen og deres behov. Mennesker med svært omfattende rusmiddelmissbruk har ofte også dårlig somatisk og psykisk helse. Undersøkelser viser at mange unnlater å søke behandling eller har problemer med å følge opp igangsatt behandling. Det er derfor nødvendig å tilpasse tilbudet til brukerne. Hensikten med lavterskel helsetiltak er å tilby lett tilgjengelige tjenester som er særlig tilpasset den enkelte brukers behov, bidra til bedret helsetilstand og livssituasjon samt forebygge overdoser. Eksempler på lavterskel helsetil-

tak er skadereduserende helse- og sosialtjenester som sprøyteutdeling, sårstell, vaksiner, ernæring, tannhelsetiltak, prevensjon, råd og veiledning, videreformidling til andre tjenester m.v.

6.8 Forankring av lokal jordmortjeneste**6.8.1 Bakgrunn**

St.meld. nr. 12 (2008–2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, ble lagt fram 13. februar 2009. Meldingen framhevet jordmortjenestens sentrale rolle i en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Jordmortjenesten ble lovfestet i kommunehelsetjenesteloven i 1995. Kartlegging av jordmortjenesten i 2003 viser at tilbudet er geografisk skjevfordelt, og at det er mangelfull dekning. Størst utfordringer er det i sentrale strøk med mange gravide og i distrikt med store avstander. På grunn av små stillingsbrøker er det en utfordring i dag å rekruttere jordmødre i alle kommuner.

De fleste jordmødre er ansatt i spesialisthelsetjenesten, mens en mindre andel er ansatt i kommunene. I meldingen ble det lagt til grunn at regjeringen ønsker å bedre tilgjengeligheten til jordmortjenesten i tråd med brukernes ønsker. For å sikre god ressursutnyttelse og helhetlige pasientforløp, må jordmødre kunne gi et tilbud som utnytter deres samlede kompetanse. I meldingen ble det

anbefalt at lokal jordmortjeneste skal ha en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dager etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Meldingen presenterte følgende to alternativer for styrking av en desentralisert jordmortjeneste:

- lokal jordmortjeneste beholdes som et kommunalt ansvar i kombinasjon med at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse av ressursene
- den kommunale jordmortjenesten forankres i helseforetak

I meldingen ble det videre foreslått at ansvaret for følgetjenesten legges til regionale helseforetak i tråd med ansvar for annen syketransport inklusiv ambulansetjeneste. De regionale helseforetakene må i samarbeid med berørte kommuner etablere et system for å vurdere gravide med akutte problemer og avgjøre hvem har behov for følge.

6.8.2 Stortingets behandling

I Innst. S. nr. 204 (2008–2009) mente komiteens flertall (medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre at jordmortjenesten (i kommunene) som hovedregel må være et kommunalt ansvar. Slik flertallet ser det, vil dette være den best egnede forvaltningsmodellen for å sikre nærhet og tilgjengelighet for brukere i hele landet.

6.8.3 Vurdering og oppsummering

Regjeringen foreslår at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar i kombinasjon med at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse av ressursene.

Regjeringen legger vekt på at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig. Dette er en viktig premiss for vurderingene av hvilke oppgaver som kan og bør legges til kommunene. Dette gjelder også for den lokale jordmortjenesten. Fortsatt kommunal forankring vil underbygge det kommunale ansvar for en helhetlig oppfølging av mor og barn hvor også jordmortjenesten inngår. Kommunene bør legge til rette for at lokal jordmor kan ha en sentral rolle i svangerskaps- og barselomsorg i samarbeid med helseforetak, helsestasjon og fastlege. For å utnytte jordmorressursene på best mulig måte og

sikre likeverdig tilgang bør mindre kommuner inngå interkommunalt samarbeid.

Det vil legge til rette for bedre tilgjengelighet og en sammenhengende tjeneste dersom helseforetak og kommuner inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse av ressursene. Avtalene bør inneholde tiltak for å sikre at jordmødre kan opprettholde sin samlede kompetanse i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Kompetanse i fødselsomsorg er av særlig betydning i områder med lang reisevei til fødeinstitusjon, og avtalene må inkludere beredskap for følgetjeneste. Avtalene må videre sikre felles utnyttelse i barselomsorgen slik at lokal jordmor kan ha en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dager etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege.

Flere helseforetak og kommuner har allerede inngått samarbeidsavtaler om svangerskapsomsorg. For å sikre tilgang til jordmortjenester bør de nye avtalene åpne for at slike ordninger videreføres dersom begge parter finner dette hensiktsmessig.

6.9 Administrasjon/ systemarbeid

For å ivareta både nye og eksisterende kompetansekrevene kommunale oppgaver er det nødvendig at kommunene har fokus på oppgaver, knyttet til administrasjons- og systemarbeid.

Ny plan- og bygningslov vil for kommunene være et viktig verktøy i dette arbeidet. Planlegging etter loven vil være hovedarenaen for politisk forankring, prioritering og samordning i kommunene, og den vil omfatte både utviklingen i kommunen som helhet, i de ulike sektorer og i virksomhetsområder. Helsesektorens kunnskap om helseutfordringer og virksomme tiltak bør i større grad bringes inn i de ordinære plan- og beslutningsprosesser på overordnet styringsnivå i kommunene. Videre er det viktig å bygge opp nødvendig plan- og prosesskompetanse i helsesektoren og legge til rette for samhandlingsarenaer, for å sikre at helseforhold på en god måte bringes tidlig inn i plan- og beslutningsprosesser. Dette er nødvendig for å sikre at de kommunale helse- og omsorgsoppgavene blir godt nok forankret i kommunenes overordnede plan- og styringssystemer, samt for å sikre bedre styring av den utøvende helsetjenesten.

Tydelige og strukturerte ansvars- og styringssystemer er viktig for å sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av den enkelte bruker. Regjeringen legger videre til grunn at en videreutvikling av

oppgavene knyttet til systemarbeid vil kunne bidra til å styrke kommunen som en likeverdig samhandlingsaktør og en langsiktig planleggingsaktør.

6.9.1 Helseovervåking

Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer på utvikling av god, henholdsvis dårlig helse, er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt. Bedre oversikt over helsetilstand kan blant annet omfatte barn og unge med psykiske problemer, behov for oppfølging av eldre for å unngå at deres funksjonsnivå faller rask, behov for oppfølging av risikogrupper som er på vei til å utvikle type 2-diabetes, kols, hjerte-/ karlidelser, alkoholisme eller psykiske problemer, antall lårhalsbrudd, barneulykker, sosiale helseforskjeller med videre. Med personidentifiserbart Norsk pasientregister blir det mulig for kommunene å få bedre oversikter over type sykehusinnleggelser, innleggelsesgrunn mv. til personer som kommer fra kommunen, slik som antall lårhalsbrudd mv. Dette gir kommunene mulighet til å få ut sammenligningstall mellom kommuner, måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av målrettede tiltak, og måle effekt av tiltak. Tilsvarende er det behov for bedre oversikt over faktorer som påvirker helsen. Vi har fått bedre kunnskap om bakenforliggende faktorer som påvirker våre livsløp i positiv og negativ retning. For å få et offensivt grep på det helsefrem-

mende og forebyggende arbeidet bør kommunene bedre få kartlagt hvilke faktorer som påvirker en ønsket utvikling slik at disse kan styrkes, og hvilke faktorer som påvirker en uønsket utvikling slik at disse kan svekkes. Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helsetjenester, samt at kommunens helsetjeneste kan bidra med fakta i kommunale planprosesser mv.

6.9.2 Folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver

Helseutfordringene legger føringer for innretningen av folkehelsearbeidet, og understreker behovet for en tverrsektoriell og nivåovergripende tilnærming. Erfaringer fra bruk av ny plan- og bygningslov som virkemiddel i folkehelsearbeidet er god. Kommuneplanens samfunnsdel er en viktig arena for å løfte fram helseutfordringene, og som grunnlag for prioriteringer og innretning av helsetjenester i kommunen.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse, og innsats for å beskytte mot eller redusere faktorer som medfører helserisiko. For å fremme folkehelse er hovedstrategien å påvirke forutsetningene for levestandard og helse. Helsetilstanden i befolkningen, og fordelingen av denne, påvirkes av ulike forhold av sosial karakter, av miljøfaktorer, levevaner, økonomiske forhold og biologiske forutsetninger. Påvirkningsfaktorene

Boks 6.13 Gran kommune

Kommuneplanens samfunnsdel, 2007–2019, ble vedtatt i september 2007. Samfunnsdelen skisserer helseutfordringer som én av 7 overordnede føringer for kommunens innsats. Det er utarbeidet mål og strategier til hver av føringene.

De gjennomgående temaene fra samfunnsdelen, slik disse kommer til uttrykk i Gran kommune, vil være av stor betydning for framtidig planlegging av helsesektoren i kommunen. Det kan gjelde bl.a. innretning på helsetjenesten, prioriteringer, samhandlingsmuligheter i helse-/folkehelsesatsingen.

Helse-/folkehelseplanlegging med et bredt utgangspunkt som demografisk utvikling, utdanningsmuligheter, arbeidsplasser, boligforhold vil på mange måter kunne gi muligheter for et bredere og mer helhetlig og bedre tilpassede helsetjenester. Et slikt planleggingsperspek-

tiv vil også lettere kunne rette fokus på faktorer som kan bidra til å motvirke sosiale ulikheter i helse.

Gran kommune tilrettelegger planarbeidet på en slik måte at perspektivene i samfunnsdelen skal ivaretas i kommunens øvrige planer. For eksempel gjelder dette konkretisering av helseperspektivet i kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet, vedtatt oktober 2008.

«Helse i plan -torg» er etablert som møteplass for å ivareta helsehensyn i behandlingen av enkeltsaker og planer, hvor ulike fagområder møtes i forberedelsesfasen av saker til politisk behandling. Arbeidet med kommuneplanens arealdel er tatt opp på tvers i organisasjonen. Helsesektoren er en av flere sektorer som vurderer konsekvensene i arealdelen. Ytterligere informasjon: www.gran.kommune.no.

Boks 6.14 Folkehelsekoordinator- styrking av folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse, samt innsats for å beskytte mot eller redusere faktorer som medfører helserisiko. Folkehelsearbeid er, i tillegg til helsetjenestens forebyggende innsats, avhengig av innsats i ulike samfunnssektorer for å lykkes, fordi forhold som forebygger sykdom og fremmer helse i stor grad er å finne utenfor helsesektoren. I 2004 ble det etablert en egen stimuleringsordning for en tverrsektoriell organisering av folkehelsearbeidet basert på partnerskap, herunder en administrativ koordineringsfunksjon regionalt og lokalt.

Siktemålet for folkehelsepartnerskap og folkehelsekoordinatorer i kommunene, har vært å

utløse lokalt engasjement og gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid. Erfaring viser at det er viktig med god politisk og planmessig forankring av folkehelsearbeidet for å sikre langsiktige og helhetlige tiltak. Funksjonen som folkehelsekoordinator bør derfor være sentralt administrativt forankret og ha nærhet til det politiske nivået.

Kommunene er ikke pålagt å ha en egen folkehelsekoordinator. I noen kommuner er ansvaret for folkehelsearbeidet tillagt andre stillinger. 60 pst. av norske kommuner har i dag egne folkehelsekoordinatorer. 80 pst. av disse stillingene er på 60 pst. eller mindre.

Det er fortsatt en stor utfordring å få til tverrsektorielt folkehelsearbeid.

befinner seg på i flere samfunnssektorer på alle forvaltningsnivåer, ikke minst i kommunene – der folk bor og lever sine liv. Regjeringen vil på denne bakgrunn understreke betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Fokuset må i stor grad rettes mot alle samfunnssektorer som har

«eierskap» til faktorer som påvirker folkehelsen. I tillegg til samhandling og forebyggende innsats i helsetjenesten – som i hovedsak er rettet mot enkeltindivider og grupper, kreves innsats mot samfunnsforhold og befolkningsnivå. Samfunns- og arealplanlegging er derfor et viktig virkemiddel

Boks 6.15 Felles avtalesystem i Helse Fonna

I området til Helse Fonna har spesialisthelsetjenesten og kommunene et felles avtalesystem for samarbeid på flere felt. Målet er mer helhetlig koordinerte helsetjenester og god faglig kvalitet gjennom hele behandlingsforløpet. Pasienter og pårørende opplever at rutiner for samarbeid blir fulgt, og de er godt fornøyd med oppfølgingen både i primær- og spesialisthelsetjenesten (Agenda 2007).

Samarbeidet omfatter sykehusene i Hauge-sund, Stord, Odda, de psykiatriske sykehusene i Haugesund og Valen, fire distriktpsya-triske sykehus, og 19 kommuner. Området har en befolkning på om lag 165 000 mennesker.

Avtale om inn- og utskrivning av pasienter

Avtalen skal sikre felles rutiner ved inn- og utskrivning, og legger vekt på ansvar, rutiner for kommunikasjon, informasjon og kompetanseoverføring. Det er utarbeidet egen avtale for pasienter som trenger spesiell oppfølging.

Avtale om hospitering

Avtalen gir retningslinjer for hospitering mellom tjenestenivåene. Hensikten er å øke kompetansen hos personalet, bedre kvaliteten, bygge faglige nettverk og få kjennskap hverandres arbeidsfelt.

Avtale om samhandling

Dette er en overordnet avtale som gir retningslinjer for samarbeidsutvalg, som følger opp og evaluerer hvordan avtalene fungerer, sikrer brukermedvirkning og revisjon av avtalene.

Det er etablert et system for avvikshåndtering når avtalene ikke fungerer etter intensjonen. En egen enhet (Pasientservice) er etablert for å bidra til koordinering, kunnskaps- og informasjonsutveksling.

Lenke til Helse Fonna – samhandling:

<http://www.helse-fonna.no/>

Boks 6.16 SINTEF Helse- gjennomgang av samarbeidsavtaler og samarbeidsfora

Helse- og omsorgsdepartementet og KS ble i 2007 enige om en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Formålet er å understøtte inngåelse av lokale avtaler og bidra til bedre samhandling om brukere og pasienter som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. SINTEF Helse har kartlagt status for lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak.

SINTEF-rapporten viser at alle helseforetak har avtaler med kommuner i sitt opptaksområde per oktober 2008. Avtalen dekker både somatiske helsetjenester og psykisk helse. Det er likevel store forskjeller i hvor langt man har kommet i å etablere et system for samarbeidet. Over halvparten av kommunene mente det var behov for mer formalisert samarbeid.

Viktige utfordringer er manglende likeverdighet og mangel på ressurser til å utvikle samarbeidstiltak i gråsonen mellom nivåene. Disse funnene støttes av en rapport fra Agenda i 2007,

der mange av samhandlingsavtalene ble vurdert. Denne rapporten konkluderer med at opplevelsen av asymmetri er et viktig stikkord for mange aktører i kommunene. De fleste kommunene er små og oversiktlige, mens helseforetakene er store organisasjoner. I mange samarbeidssituasjoner mellom kommuner og sykehus – for eksempel utskriving av pasienter som trenger kommunal omsorg – er initiativet på sykehussiden. Kommunen må ha faglig tyngde nok til å kommunisere og sette krav til sykehusene, og det må skapes en arena der kommunalt nivå og foretakene er likeverdige partnere. En styrket kommune med en viss befolkningsmasse, kan være en av forutsetningene for å få dette til.

Lenker for informasjon:

<http://www.sintef.no/>

i folkehelsearbeidet. Slik samfunnsrettet innsats er nødvendig for å opprettholde helse, livskvalitet og funksjonsevne i befolkningen som helhet – og for en mer rettferdig fordeling av helse. Slik innsats er også nødvendig for å demme opp for uhelse og sykdomsutvikling – og for etterspørselen etter helsetjenester.

Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig for å ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene. Ved å bedre system og samarbeid innenfor det samfunnsmedisinske området, sikres bedre koordinerte og kvalitetssikrede tjenester som resulterer i at pasienten vil oppleve et helsevesen med større grad av sammenheng og forutsigbarhet.

Det er lovkrav om kommunale smittevernplaner og planer for sosial og helsemessig beredskap. Det er fortsatt en utfordring å få alle kommuner til å ha gode planer på plass. Videre må disse løpende være oppdatert. Samfunnsmedisinsk kompetanse er avgjørende også ved iverksettning av planer i en smittevernsituasjon, jf. pandemi, og ev. ved større hendelser med helsemessige konsekvenser.

Videre er det viktig at helsemessige forhold blir innarbeidet i andre kommunale planer, jf. bl.a. helsemessige konsekvenser av klimaendringer, ved større utbygginger mv.

Nærmere 60 pst. av kommunene har i dag en eller annen form for samarbeid innen miljørettet helsevern, smittevern eller annet samfunnsmedisinsk arbeid. I mindre kommuner som ofte har kommuneoverlege i små stillingsstørrelser og har problemer med å rekruttere leger med interesse og kompetanse på faget, bør samarbeid med andre kommuner vurderes. Samarbeid om strategiske valg og planarbeid både mellom kommuner og mellom kommunesamarbeid og helseforetak vil samlet sett kunne bidra til bedre pasientforløp.

Helsedirektoratets rapport IS-1633 «Miljørettet helsevern» viser at tjenesten fungerer godt når størrelsen på kommunene eller det interkommunale samarbeidet omfatter et befolkningsgrunnlag på minst 20 000. Rapporten viser også at aktørene ved interkommunale samarbeid opplever større tilfredshet med ressurs- og kompetansesituasjonen.

6.9.3 Arbeid med avtaler

For å sikre iverksettelse og oppfølging av avtaler og etablere langsiktige og forpliktende planer, vurderes det som nødvendig med sterk ledelsesforankring og en bevissthet om samhandlingskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste. Dette fordrer ledelses- og styringskompetanse og klare ansvars- og oppgavefordelinger.

En sterk kommunal sektor som part i en medfinansiering av sykehusbehandling er også viktig i vurderingen av denne funksjonen. Det legges i meldingen opp til ulike økonomiske virkemidler for å understøtte god oppgavedeling og som gir grunnlag for god pasientbehandling og kostnadseffektive løsninger. Dette omtales nærmere i kapittel 9.

Regjeringen mener det er naturlig å se rammevilkår for avtaler i sammenheng med system- og administrasjonsoppgaver knyttet til folkehelsearbeidet, herunder samfunnsarbeidsoppgaver.

6.10 Styrke innovasjonsevnen i helse- og omsorgssektoren

I St.meld. nr. 7 (2008–2009), Et nyskapende og bærekraftig Norge, er innovasjon i helse- og omsorgssektoren et sentralt område. I meldingen pekes det på at større innovasjonsevne i helse- og omsorgssektoren vil gi økt verdiskaping gjennom bedre løsninger for pasientene og bedre ressursutnyttelse. I tillegg pekes det på at økt innovasjonsevne i sektoren kan gi økt privat verdiskaping i mange tilfeller.

Forskning og innovasjon i samarbeid med næringslivet er en av framgangsmåtene som helse- og omsorgssektoren bør ta i bruk for å utvikle et pasienttilbud som gir bedre kvalitet i behandlingen, økt effektivitet og bedre velferd. Innovasjon i helse- og omsorgssektoren forutsetter blant annet behovskartlegging, forskning, utvikling og testing av produkter og tjenester. Erfaringer fra Norge og andre land tyder på at utvikling av nye varer og tjenester i helse- og omsorgssektoren har best forutsetninger for å lykkes når utviklingen skjer i et samspill mellom offentlig sektor, FOU-miljøer og næringslivet nasjonalt og internasjonalt. Innovasjon forutsetter også at bl.a. kommuner og helseforetak blir informert om vellykkede pilotprosjekter og kan nyttiggjøre seg av erfaringene.

Nasjonalt nettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren, InnoMed, er etablert for å støtte behovsdrevet innovasjon. Nettverket skal etablere møteplasser mellom helsepersonell, bedrifter, forskningsinstitusjoner og virkemiddelapparatet og på den måten spre gode erfaringer. InnoMed skal også bistå med å kartlegge behov og finne riktige partnere for prosjektutvikling i en tidlig utviklingsfase.

Kommersialiseringsenheter og teknologioverføringskontorer (TTO-er) ved universitetene, høyskolene, forskningsinstituttene og helseforetakene bidrar til innovasjon, patentering og kommersiali-

sering av medisinsk forskning. Kommersialiseringsenheter og TTO-ene formidler lisenser, stimulerer til bedriftsetableringer og er kilde til knoppskyting fra offentlig sektor. Det er ønskelig at helse- og omsorgssektoren og universitets- og høyskolesektoren også har et godt samspill.

6.11 Kommunesamarbeid

6.11.1 Innledning

Det tas utgangspunkt i at kommunenes framtidige oppgaver skal reguleres ved å tydeliggjøre oppgavebeskrivelsen i kommunehelsetjenesteloven. Regjeringen tar sikte på å fremme et lovforslag etter at stortingsmeldingen om samhandlingsreformen er behandlet av Stortinget. Loven bygger på forutsetningen om at kommuner i nødvendig utstrekning inngår samarbeid om de aktuelle oppgavene. Det vil i det videre arbeidet utredes nærmere hvilket befolkningsgrunnlag som er nødvendig for at det skal være en helsemessig og samfunnsøkonomisk forbedring å legge oppgavene til kommunene. Regjeringen vil ikke som en del av samhandlingsreformen lovregulere hvordan dette samarbeidet skal skje, men det pekes i det følgende på ulike måter å innrette et interkommunalt samarbeid på. I tillegg til den faglige verdien ved å inngå samarbeid, vil også interkommunalt samarbeid være av avgjørende betydning i forhold til å realisere gevinsten og redusere risikoen ved kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner innenfor alle typer av sin virksomhet. For oppgaver kommunene påtar seg frivillig (ofte foretningsdrift) er det stor organisasjonsfrihet. Kommunene opptrer her mer eller mindre på den privatretslige arena. Det viktigste vil da ofte være å finne en organisasjonsform som har fokus på selve driften. Når kommunene skal samarbeide om lovplagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet, innebærer dette visse krav til organisatoriske løsninger.

6.11.2 Samarbeid om frivillige oppgaver

Når det gjelder interkommunalt samarbeid om ikke lovplagte oppgaver, benyttes i følge kommunal- og regionaldepartementet, særlig følgende organisasjonsmodeller:

- interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27
- interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper
- aksjeselskap etter aksjeloven

*Interkommunalt samarbeid etter § 27
i kommuneloven*

For å løse felles oppgaver kan kommunene opprette et felles styre etter kommuneloven § 27. Styret kan få delegert beslutningsmyndighet til å treffe avgjørelser som angår drift og organisering av de felles oppgavene. Det enkelte kommunestyre kan ikke instruere styret, men må styre gjennom representantene sine.

*Interkommunalt samarbeid etter lov om
interkommunale selskaper (IKS-loven)*

Både kommuner og interkommunale selskap kan være deltagere i interkommunale selskap som er regulert etter denne loven. På samme måten som samarbeid etter § 27 i kommuneloven, kan ikke staten, private eller aksjeselskap, være deltagere i slike selskap. Selskapsavtalen er det rettslige grunnlaget for samarbeidet. Representantskapet er det øverste organet til selskapet og kommunestyret har instruksjonsrett overfor medlemmene sine i representantskapet. Representantskapet kan bestemme sammensetningen av styret (med unntak av eventuelle medlemmer fra de tilsatte), og instruere styret og omgjøre beslutningene deres.

*Interkommunalt samarbeid etter aksjeloven –
aksjeselskap*

Organisasjonsformen er i utgangspunktet myntet på private, men kommunene kan også ta i bruk modellen, eventuelt sammen med andre offentlige rettssubjekt og/eller private. Virksomhet som blir drevet i regi av aksjeselskapet er ikke kommunal virksomhet i forhold til § 2 i kommuneloven. Det innebærer at for eksempel at kommunelovens regler om låneopptak og garantier ikke gjelder aksjeselskap, selv om de er eiet av kommuner.

**6.11.3 Samarbeid om lovpålagte oppgaver
og offentlig myndighetsutøvelse**

Skal kommunene samarbeide om oppgaver som medfører utøvelse av myndighet, må disse organiseres etter en vertskommunemodell i kommuneloven (§§ 28 a-k). Det vurderes å åpne for muligheten til å samarbeide om lovpålagte oppgaver som krever myndighetsutøvelse gjennom en samkommunemodell, som var på høring i forbindelse med innføringen av ny vertskommunemodell.

*Vertskommunemodeller etter §§ 28 a-k
i kommuneloven*

Samarbeid etter disse modellene innebærer at utførelsen av oppgavene og myndighetsutøvelsen organisatorisk legges til en vertskommune. Modellene inneholder forholdsvis detaljerte regler om organisering og delegering. Bakgrunnen for modellene er særlig å gjøre det mulig å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der den enkelte kommune har vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registeret av oppgaver som er pålagt. Den enkelte kommune skal fremdeles ha det formelle ansvaret for de lovpålagte oppgavene som legges inn i samarbeidet.

Det er lagt vekt på å sikre rettssikkerhet der myndighet blir overdratt til en annen kommune (vertskommune) gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Der det ikke er aktuelt å overføre beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter, kan man opprette et administrativt vertskommunesamarbeid. Beslutningene treffes da av administrasjonen i vertskommunen. Dersom det skal overføres beslutningsmyndighet i prinsipielle saker, må det oppnevnes en felles folkevalgt nemnd for samarbeidet som skal treffe avgjørelser i disse sakene. Hver deltagerkommune skal være representert med minst to representanter i denne nemnden.

6.11.4 Vurdering av modellene

Dersom vedtaksmyndigheten skal overlates til et interkommunalt samarbeid, er det bare vertskommune- og samkommunemodell som er aktuelle. De andre modellene er i hovedsak aktuelle der det er en eller annen form for bestilling fra kommunene (og ev. vedtak gjøres i kommunene). Generelt må det påpekes at det er en viss fare for økt byråkrati gjennom interkommunalt samarbeid. Dette kan også reise demokratiske problem ved at innbyggerne i de ulike deltagerkommunene har ulike oppfatninger om de tjenester selskapet leverer – hvem skal de holde ansvarlige for at de eventuelt ikke får oppfylt sine ønskemål?

*Særskilt om samkommunemodellen (enda ikke
lovfestet)*

I beskrivelsen av samkommunemodellen under, er det modellen i høringsnotatet om forslag til nye

lovregler om interkommunalt samarbeid som ble sendt ut i juli 2005, som omtales.

En samkommune vil være et nytt interkommunalt forvaltningsorgan – en egen juridisk person – med et øverste styringsorgan som er valgt av og blant kommunestyrene i deltakerkommunene. Det opprettes en egen administrasjon med en egen administrasjonssjef for samkommunen. Det må reguleres i en avtale mellom deltakerkommunene hvilken avgjørelsesmyndighet samkommunen skal ha. Det er lagt til grunn at kommunene selv vil beholde det overordnede ansvaret for tjenesteytingen.

Samkommunemodellen er utviklet med sikte på at samkommunen skal få overført en omfattende og tverrsektoriell oppgaveportefølje.

6.12 Samarbeidsavtaler mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak

Skal opplegget med sterkere kommuneinnsats lykkes, slik at dette gir bedre effekter for pasient og samfunnsøkonomi, forutsetter dette et nært samarbeid mellom kommuner og tilknyttede helseforetak. Det er ikke mulig å utforme en endelig detaljert grensdragning i ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten. Den faglige utvikling vil fortsette også etter denne reformen.

For å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. For å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud er forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene et sentralt verktøy.

Mange kommuner rapporterer om manglende likeverdighet i samhandlingen med helseforetakene, både pga. størrelse, faglig robusthet og ulike faglige og organisatoriske kulturer. Det rapporteres om asymmetri med hensyn til definisjonsmakt og faglig gjennomslagskraft. Større kommunale enheter med en sterk faglig og organisatorisk tyngde, vil kunne bidra til å sikre større grad av gjensidighet og respekt i samhandlingen. Sterkere forpliktelser til utvikling av felles langsiktige planarbeid og etablering av gjensidig kulturforståelse,

vil også kunne øke graden av likeverdighet mellom partene.

Regjeringen vil lovfeste et krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Dette vil være en videreføring, og også gi klarere rammer, av det frivillige avtalesystemet som i dag praktiseres mellom staten og KS/Kommunesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at de inngåtte avtalene kan hindre at det oppstår uklarhet om ansvars- og oppgavemessige forhold. Dersom dette ikke gjøres er det stor risiko for at oppbyggingen av oppgaver på de to nivåene ikke blir godt nok tilpasset til hverandre. Samarbeidsavtalene skal blant annet vise planlagt fordeling av oppgavene mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak og generelt hvordan kommuner og helseforetak skal samarbeide om helse- og omsorgstjenestene. Målet er at de gjennom avtalene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Avtalene må utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Enkelte kommuner vil kunne ha avtaler med flere helseforetak, men det er helseforetaket som leverer hovedtyngden av tjenester som det lovpålagte avtalesystemet skal omfatte. Pasienters rett til fritt sykehusvalg står fast og dette er også forhold som må omtales i avtalen.

Det er kravet om et avtalebasert samarbeid som lovhjemles, men innretningen på dette samarbeidet forutsettes avklart mellom partene. Det vil komme retningslinjer og veiledning fra departementet om praktiseringen av avtalesystemet. Det vil bl.a. bli lagt opp til systemer for brukermedvirkning. Frivillige organisasjoner er en viktig inspirasjonskilde og ressurs for helse- og omsorgssektoren. Det vil bli nærmere vurdert hvordan disse kan trekkes inn i prosessene omkring avtalesystemet.

Regjeringen vil i det videre arbeidet også vurdere hvordan myndighetene skal kunne følge opp avtalesystemet. I utformingen av det konkrete opplegget for myndighetsoppfølgingen vil departementet vektlegge at oppfølgingen skal skje med respekt for at de lokale partene har forutsetninger for å finne fram til gode løsninger.



Figur 7.1

7 Styrke forebyggingsarbeidet

7.1 Forebygging

7.1.1 Et godt utgangspunkt

I tiden etter andre verdenskrig har levealderen økt med 7,2 år for menn og 8,8 år for kvinner, og forventet levealder i Norge er nå blant de ti høyeste i verden. Endringer i levevaner som bedret kosthold og redusert røyking har bidratt til dette. En annen indikator på et godt utgangspunkt er spedbarnsdødeligheten. Antall barn som dør i første leveår, har falt jevnt de siste 100 årene. Antallet er nå omkring 3 per 1000 levende fødte. Over tid vil spedbarnsdødeligheten påvirkes av økt levestandard, bedre trygder og andre velferdsordninger for mor og barn, samt helsetilbud og medisinske fremskritt. Sammen med levealderen er derfor spedbarnsdødelighet blant de viktigste målene på helsetilstanden i et samfunn. Til tross for en positiv utvikling står vi overfor store utfordringer på folkehelseområdet.

7.1.2 Et større helsepotensial

Framtidens nordmenn vil i større grad enn i dag få utfordringer med hensyn til et økende omfang av livsstilssykdommer; økt andel med overvekt og fedme fører til at flere får type 2-diabetes med en påfølgende ny økning av forekomsten av hjerte-karsykdommer, kols-andelen blant kvinner ventes å øke. Det ventes flere eldre med kreftsykdom og demens på grunn av økt levealder.

Gjennomsnittstallene skjuler store sosiale helseforskjeller i befolkningen. Sosiale helseforskjeller finnes dessuten for de fleste helsemål, enten man ser på dødelighet, sykелighet, psykisk helse eller selvopplevd helse. Menn i Oslo vest kan for eksempel forvente å leve 7,3 år lenger enn menn i Oslo øst, mens kvinner i Oslo vest lever 4,7 år lenger enn kvinner i Oslo øst. Forskjellene mellom bydelene har økt det siste tiåret. Beregninger viser at dersom hele befolkningen i alderen 25–66 år hadde hatt like god helse som gruppen med høyest utdanning, kunne 40 000 av de drøyt 100 000 dødsfallene i perioden fra 1994–2003 vært unngått.

7.1.3 Ikke-smittsomme sykdommer er en økende helseutfordring

Mens infeksjonssykdommer tidligere utgjorde en stor del av sykdomsbyrden, utgjør nå ulykker, hjerte/kar, kreft, kols og diabetes og depresjon, angst og skjelett- og muskelsmerter en stadig større andel.

Ulykker med personskader står for omkring 1800 dødsfall i Norge hvert år, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Hvert år behandles omlag en halv million mennesker av lege som følge av skader og ulykker. 90 000 personer innlegges på sykehus som følge av skader og ulykker. Dette utgjør 10 pst. av alle døgnopphold på sykehus. 36 000 personer får varige mén, hvorav halvparten av disse får ulik grad av funksjonshemming.

Røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold kan føre til kronisk sykdom og for tidlig død. Verdens helseorganisasjon har anslått at 80 pst. av forekomsten av hjerteinfarkt, 90 pst. av diabetes type-2 og over 30 pst. av forekomsten av kreft kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner.

Barn og unge spiser for mye sukker og mettet fett og for lite grove kornprodukter, frukt og grønt. Også for voksne er utfordringen innen ernæring å øke inntaket av frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk. Samtidig bør inntaket av mettet fett, salt og sukker reduseres. Et høyt inntak av energitette matvarer (mye fett og sukker) og sukkerholdig drikke er en selvstendig årsak til overvekt og fedme.

En kartlegging (Helsedirektoratet 2008, IS-1533) viser at fysisk aktivitetsnivået reduseres med 43 pst. mellom 9 og 15 år, og bare halvparten av 15-åringene tilfredsstiller anbefalingene om minst 60 minutters daglig fysisk aktivitet. Kombinasjonen av høyt energiinntak og lavere aktivitetsnivå antas å være en av grunnene til økt gjennomsnittlig kroppsvekt blant barn og unge. Flere norske studier viser at andelen barn og unge som er overvektige eller fete øker. 15–20 pst. av barn i alderen 8–12 år har overvekt eller fedme¹. Forekomsten av

¹ Kilde: Folkehelseinstituttet

risikofaktorer for metabolsk syndrom (som type 2-diabetes er en del av) er 16–17 ganger høyere blant den fjerdedelen 9- og 15-åringer som har lavest fysisk form sammenlignet med de 50 pst. som har høyest fysisk form.

Trenden i dag er et generelt lavere fysisk aktivitetsnivå på fritiden, på arbeid, skole og ved transport enn tidligere. Personer som har et lavt fysisk aktivitetsnivå har en stor risiko for å pådra seg sykdom eller nedsatt funksjonsnivå sammenlignet med personer som er fysisk aktive. I dag har en av fem nordmenn en kroppsmasseindeks (KMI) ≥ 30 . Dette utgjør en dobling av andelen i befolkningen med fedme i løpet av de siste 20 årene.

Røykeandelen blant unge (16–24 år) har gått ned de siste årene, og i 2007 var røykeandelen på 18pst. Også i den voksne befolkningen (16–74 år) har andelen som røyker daglig gått ned de senere årene. Dette til tross røyker fortsatt 23 pst. av befolkningen daglig. De siste beregningene fra Folkehelseinstituttet viser at 6700 mennesker i Norge dør hvert år av sykdom som kan knyttes til røyking.

Det kan se ut som om ungdom ruser seg mindre. De siste årene har den rapporterte alkoholbruken blant ungdom blitt noe redusert, men det er stor usikkerhet knyttet til dataene. Den samme utviklingen er observert når det gjelder andel som har prøvd cannabis.

7.2 De samfunnsmessige konsekvensene

Det knytter seg store samfunnsmessige utgifter til livsstilsrelaterte sykdommer. Kostnadene omfatter bl.a. direkte utgifter i helsetjenesten, men også kostnader i forbindelse med sykefravær, trygdeutgifter og velferdstap. For alkohol kommer i tillegg utgifter knyttet til ytterligere velferdstap, ulykker og kriminalitet. Kostnadene for samfunnet på grunn av overvekt og fedme er i Sverige beregnet til å utgjøre 1,7 milliarder euro årlig tilsvarende 0,7 pst. av brutto nasjonal produktet². Man regner med at denne kostnaden vil dobles innen 2030. Man regner med at kostnadene er på tilsvarende nivå i de andre nordiske landene. Kostnadene for samfunnet på grunn av røyking er i Sverige beregnet til å utgjøre 26 mrd. kroner årlig³. En norsk analyse har estimert samfunnets kostnader knyttet til alkohol til 18 mrd. kroner årlig⁴.

² Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut – 2005

³ Statens Folkhälsoinstitut, Rapport 2004:3

Forebygging av uheldige levevaner vil ikke bare gi gevinst i form flere leveår, men det vil desto viktigere gi bedre helse i de årene vi lever. Ut i fra danske beregninger vil en 25 år gammel storryker tape mer enn ti gode leveår (tap av forventet levetid uten langvarig belastende sykdom) sammenlignet med en som aldri har røyket. Fysisk inaktive taper åtte til ti gode leveår i forhold til fysisk aktive. Mennesker med lav utdanning er beregnet å få sju til åtte færre leveår uten langvarig belastende sykdom enn høyt utdannede. Svært overvektige kvinner (kroppsmasseindeks > 30) kan forvente ti færre gode leveår enn normalvektige kvinner, mens svært overvektige menn taper fem gode leveår sammenlignet med normalvektige. Menn med høyt alkoholforbruk taper fire til fem leveår uten langvarig belastende sykdom, mens kvinner med høyt alkoholforbruk taper ett til to og et halvt gode leveår⁵.

Epidemiologiske studier indikerer en kumulert risiko for sykdom og tidlig død ved kombinasjon av flere uheldige levevaner, det vil si at for personer som har flere uheldige levevaner, så vil risikoen ved hver enkelt levevane summeres, og medføre en høy samlet risiko. I en prospektiv populasjonsstudie av over 20 000 kvinner og menn over 45 år viste resultatene en fire ganger lavere risiko for tidlig død for personer som ikke røyker, er fysisk aktive, har moderat alkoholinntak og har inntak av tilstrekkelig frukt og grønnsaker (minst fem om dagen) sammenlignet med dem som ikke oppfyller noen av disse helsevanene. Kombinasjonen av å røyke, være inaktiv, ha et stort alkoholinntak og usunt kosthold gir en dødsrisiko tilsvarende en 14 år eldre person med gunstige levevaner⁶.

7.3 Effekten av forebyggende tiltak

Det foreligger god dokumentasjon på effekten av sunt kosthold, økt fysisk aktivitet og røykeslutt i forhold til forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser. Utfordringen har imidlertid vært å utvikle tiltak som gjør at denne kunnskapen kan omsettes i praksis – bl.a. som en del av helsetjenestens tilbud.

På bakgrunn av dokumentasjon som foreligger har det i de nordiske landene over flere år pågått et utviklingsarbeid for å utvikle modeller for lavter-

⁴ Roar Gjelsvik. Utredning av de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til alkohol. Rokkansenteret 2004

⁵ Sørensen, Brønnum-Hansen. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. København 2006

⁶ PLoS Med 2008;5 (1): e12.

skeltilbud tilrettelagt for personer som trenger hjelp og støtte til endring av levevaner. Sverige og Danmark har utviklet og drevet hhv. «*Fysisk aktivitet på resept*» (*FaR*) og *Motion og Kost på Recept* i mange år. Rapporter fra disse landene viser at lavterskeltiltakene har god effekt i forhold til økt aktivitetsnivå, økt fysisk form og økt helserelatert livskvalitet hos deltakerne. Lavterskelaktivitetene er tilrettelagt for personer med økt risiko for sykdom (fysisk eller psykisk), personer med etablert sykdom, personer som har falt utenfor arbeidslivet med mer.

Evalueringsstudier av lavterskelmodeller for endring av levevaner (som også inkluderer røykeslutt) som har pågått i Norge, understøtter funn fra andre nordiske undersøkelser/evalueringer.

Oslo-undersøkelsen viste at kostrådgivning og røykeavvenning er effektivt på menn med høy risiko for hjertekarsykdom. To store studier fra Finland og i USA har vist at type 2-diabetes kan forebygges ved endringer i livsstil. Ifølge en systematisk gjennomgang av 38 randomiserte kontrollerte intervensjonsstudier blant friske kan kostrådgivning føre til bedringer i kostvaner og risikofaktorer i det minste i 10 måneder⁷.

Det finnes mye dokumentasjon på at hjelp til røykeslutt er kostnadseffektivt sammenliknet med andre tiltak i helsetjenesten. Kostnaden per vunnet leveår er estimert til 3000–10 000 SEK (2004) for rådgivning til den som slutter å røyke. En rapport fra 2008 viser betydelig årlig reduksjon i helsekostnader direkte relatert til behandling av sykdom selv ved en reduksjon i andel dagligrøykere med 3 prosent.

I Danmark er det utført en medisinskteknologisk vurdering av «kostveiledning gitt av klinisk diætist» (tilsvarer klinisk ernæringsfysiolog) ved forhøyet kolesterol på pasienter innen primærhelsetjenesten. Konklusjonen er at behandlingen er effektiv, billig, bivirkningsfri og godt akseptert av leger og pasienter. Økonomiske beregninger, som sammenligner kostbehandling og medikamentell behandling, viser at den medikamentelle behandlingen koster dobbelt så mye som kostbehandling det første året og ni ganger så mye de påfølgende årene for samme reduksjon i kolesterolnivå.

Statens beredning for medisinsk utvärdering (SBU) har gjort en systematisk litteraturstudie over effektive tiltak for å øke fysisk aktivitet blant befolkningen. Rådgivning til pasienter i klinisk praksis bidrar til 12–50 pst. økning i fysisk aktivitetsnivå minst 6 måneder etter konsultasjonen.

Boks 7.1 Fall kan forebygges ved fysisk aktivitet

Halvparten av alle eldre over 80 år, faller minst en gang i året. De som har falt én gang, har to til tre ganger så høy risiko for å falle igjen, og mange pådrar seg beinbrudd. Redusert livskvalitet og stort behov for hjelp er ofte resultatet, og mange gjenvinner ikke tidligere gangfunksjon. Forskning viser at fall kan forebygges med målrettet trening.

Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune har satset mye på fallforebygging. De har laget en øvelsesbank på internett, med enkle øvelser og gode bilder som viser hvordan man skal gjøre øvelsene på egen hånd. Målgruppen er hjemmeboende eldre som har balanse- og gangvansker, og som trenger muskelstyrke, bevegelse og balanse. Banken som er gratis tilgjengelig via nettet, er primært tenkt for fysioterapeuter. Men den er også tilgjengelig for andre yrkesgrupper som arbeider med eldre. Øvelsene kan plukkes fra en meny og settes sammen til et program som passer for den enkelte.

Øvelsesbanken bygger på studier som viser at fallforebygging har effekt. Det består av en teoridel og 350 øvelser.

Finn alle øvelsene og god informasjon om hvordan fall kan forebygges på www.eldretrening.net

Intervensjoner som inkluderer hele livsstilen, rettet både mot fysisk aktivitet og kost og stressmestring, forsterker den fysiske aktivitetsøkningen. En systematisk kunnskapsoppsummering fra Cochrane-databasen styrker disse funnene.

Intervensjoner forankret i skolen har god effekt med hensikt å øke fysisk aktivitet blant barn og unge. Fysisk aktivitet i skolen reduserer tid brukt på TV-titting, reduserer uheldig kolesterolnivå og forbedrer fysisk form. Studier har vist at å øke antallet kroppsøvingstimer med 2 timer per uke ikke påvirker resultatene i andre fag negativt. Tvert imot ser man en positiv sammenheng mellom økt fysisk aktivitet og skoleprestasjoner, og at økt fysisk aktivitet bedrer kognitiv funksjon. Økt fysisk aktivitet virker positivt på konsentrasjon, hukommelse, atferden i klasserommet og psykososialt læringsmiljø.

En studie gjort i Norge viser at 74 prosent av alle inaktive voksne (20–74 år) ønsker å komme i

⁷ Brunner E et al. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. Cochrane Database Syst Rev 2007 Oct 17;(4):CD002128.

gang med regelmessig fysisk aktivitet. Undersøkelsen viser også at befolkningen har størst tiltro til helsepersonell når det gjelder å få råd om fysisk aktivitet.⁸

Forsøk med gratis skolefrukt til 12–13 åringer viste at elevene økte inntaket av frukt og grønt og at dette økte inntaket var opprettholdt også tre år etter intervensjonen. Frukt og grønt-ordning i skolen har også vist å ha positiv effekt på det sosiale miljøet på skolen og konsentrasjonsevne i timene.

Evaluerings av forsøk med måltid i utvidet skoledag viser at måltidet ble sett som et viktig virkemiddel for økt konsentrasjon til det faglige, men også en måte å styrke skolens læringsmiljø og fremme sosial kompetanse og allmenndanning⁹.

Målet for det treårige prosjektet «Fysisk aktivitet og måltider i skolen» var å finne fram til modeller for tilrettelegging for daglig fysisk aktivitet og gode rammer rundt skolemåltidet som en del av skolens ordinære virksomhet. Evaluering av prosjektet viste at skolene som deltok meldte at elevene ble mer konsentrerte, miljøet på skolen ble bedre og at prosjektet ikke gikk utover undervisningen (HEMIL senteret).

7.4 Informasjon og veiledning

7.4.1 Kunnskap om effekt av forebyggingstiltak

Manglende samhandling og sub-optimale insentivstrukturer fører til at den spesialistkompetansen som spesialisthelsetjenesten besitter, og som også er relevant i forhold til forebygging, i liten grad tilflytter kommunene. Forebygging krever også kunnskap, delvis spesialisert kunnskap innen ernæring, fysisk aktivitet samfunnsmedisin, miljørettet helsevern mv.

Regjeringen har som mål at det framover legges økt vekt på å veilede og informere kommunene om hvilke tiltak som kan forutsettes å være kostnadseffektive og som har samfunnsøkonomisk dokumentert effekt. Helsedirektoratet har iverksatt et program om kunnskapsbasert folkehelsearbeid og vil framover gjennomføre systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggingstiltak. Det er viktig at denne kompetansen i direktoratet også brukes til å utarbeide veiledere, gi råd, informasjon mv. til kommunene om selv å

foreta samfunnsøkonomiske vurderinger ved prioritering og utforming av forebyggende tiltak.

Det vil videre vurderes å bygge opp et program for løpende evaluering av forebyggingstiltak i Norge med løpende vurdering av nytten ved tiltak.

Departementet vil også utrede opplegg for bedre tilrettelegging av informasjon av forbruk av spesialisthelsetjenester på kommunenivå. Det er en viktig del av reformen å tilrettelegge for at kommunene får tilgang til relevant styringsinformasjon, slik at de har et grunnlag for å vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring.

Det vil være behov for å gjøre presiseringer eller endringer i NPR-forskriftens formålsbestemmelse for å gjøre det praktisk mulig å gjøre disse opplysningene tilgjengelige for kommunene. I tillegg vil det være behov for å vurdere både juridiske og praktiske problemstillinger knyttet til på hvilken måte kommunene skal ha tilgang til data-materialet.

7.5 Regelverk og tilsyn

Lov om spesialisthelsetjenesten og lov om helseforetak er så lite konkret om forebyggende helsearbeid at det i praksis ikke er stilt krav til denne type oppgaver. Kommunehelsetjenesteloven er i utgangspunktet en god lov for helsefremmende og forebyggende arbeid ved at den stiller krav bl.a. til helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, opplysningsvirksomhet og helseovervåking mv. Likevel viser det seg, bl.a. i tilsynssaker at det i praksis er vanskelig å stille krav til forebygging.

Dette har sammenheng med at forsvarlighetskravet i stor grad er knyttet opp mot fare for liv og helse, som, med unntak av smittevern, er vanskelig å anvende når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre er øvrig folkehelsearbeid, som fysisk aktivitet, ernæring, tobakksforebygging, ulykkesforebygging, forebygging av psykiske problemer, utjevning av sosiale helseforskjeller mv. ikke eller i uklar grad regulert, og i praksis ikke satt noe krav til. For mange av disse områdene er det kommunen som helhet som bør vurderes å ha et ansvar for forebygging, bl.a. gjennom samfunns- og arealplanleggingen og tiltak i samarbeid med sektorer utenfor helsesektoren.

Det er derfor behov for en gjennomgang av kommunenes folkehelseansvar i regelverket, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008–2009) om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

⁸ Helsedirektoratet, Determinanter for fysisk aktivitet blant inaktive. 2009.

⁹ SINTEF, rapport 2008

7.6 Forebyggende helsearbeid skal styrkes

Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsettingen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling.

Regjeringen vil framover legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse-sektorens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet. Regjeringen vil i St.prp. nr. 1 (2009–2010) foreslå økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010.

Forebygging finner sted innenfor alle samfunnssektorer og må sees i sammenheng med kommunenes og statens generelle budsjett- og planleggingsarbeid. Det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer. Det legges til grunn at kommunene selv vurderer hvordan dette skal skje, dvs. om kommunene vil inkludere forebygging i kommunepланen eller om kommunene ønsker å utarbeide en eller flere delplaner om forebygging. Etter departementets vurdering er det nærliggende at kommunene fokuserer på følgende områder:

7.6.1 Bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer lokalt

Kommunene bør organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og hhv. dårlig helse. Fylkeskommunene skal etter forslag til ny folkehelselov, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008–2009), bl.a. ha som oppgave å understøtte kommunenes arbeid på dette feltet.

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på utvikling av god, henholdsvis dårlig helse, er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt. Bedre oversikt over helsetilstand kan blant annet omfatte antall lårhalsbrudd, barneulykker, sosiale helseforskjeller, barn og unge med psykiske problemer, personer med funksjonstap, behov for oppfølging av eldre for å unngå at deres funksjonsnivå faller rask, behov for oppfølging av risikogrupper som er på vei til å utvi-

kle type 2-diabetes 2, kols, hjerte-/ karlidelser, rusmiddelmissbruk eller psykiske problemer.

Tilsvarende er det behov for bedre oversikt over faktorer som påvirker helsen. Vi har fått bedre kunnskap om hva som påvirker våre livsløp i positiv og negativ retning. Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helsetjenester, samt at kommunens helsetjeneste kan bidra med fakta i kommunal planlegging etter plan- og bygningsloven mv.

Dette gjelder for det første grunnleggende sosiale forhold som utfordringer mht. fattigdom, bostedsløshet, arbeidsledighet, frafall fra skole mv. For det andre kjente helsemessige risikofaktorer som miljø i skoler, seksuell helse, alkoholbruk, tobakksbruk, mulighet for fysisk aktivitet, støyforhold, risikoområder for ulykker, forurensningssituasjon med mer. Utvikling av kommunehelseprofiler er egnede hjelpemidler i dette arbeidet.

For å skaffe denne oversikten bør kommunen:

- kunne sammenstille og analysere objektiv statistikk
- ha et system for å sikre at de forskjellige helse-tjenestetilbudene i kommunen deler sine erfaringer mht. hva som er helsemessige utfordringer i kommunen
- være i stand til å foreta eller innhente kartlegging av påvirkningsfaktorer i kommunen og innbyggernes vurdering av egen helse og helseutfordringer i kommunen

På bakgrunn av denne oversikten er det viktig at det foretas en analyse av situasjonen, og at hovedutfordringer defineres, for eksempel behov for oppfølging av eldre, behov for tilbud til bestemte risikogrupper, tiltak for forebygging av fallulykker mv.

7.6.2 Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt

Dette vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer.

Helsetjenesten kan ved å øke innsatsen på forebyggende intervensjoner bidra til bedret folkehelse, bl.a. ved å fange opp risikopersoner og sette inn forebyggende tiltak tidlig, samt forhindre forverring og senkomplikasjoner gjennom tiltak overfor pasienter som allerede har et definert helseproblem som for eksempel type 2-diabetes. Slik målrettet individrettet innsats er også viktig for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Boks 7.2 Grønn resept

Grønn resept-ordningen ble innført i 2003 og gjelder for flere pasientgrupper med livsstilsrelatert sykdomsrisiko og som kan ha nytte av hjelp til omlegging av helseatferd. I ordningen inngår en takst for leger for å stimulere til mer veiledning og hjelp til omlegging av helseatferd, samt et individuelt tilpasset opplegg for fysisk aktivitet og kostveiledning for oppfølging av pasienten. Taksten er avgrenset til diagnosene type 2-diabetes og høyt blodtrykk, der dokumentasjonen for livsstilsintervensjoner er sterkest, og den utløses kun dersom grønn resept/behandling gjennom kostveiledning og fysisk aktivitet forskrives som alternativ til medikamentell behandling.

En del-evaluering av grønn resept-ordningen gjennomført blant fastleger i 2005, viste at mange leger var skeptiske til ordningen – og særlig til taksten og utformingen av denne. Videre avdekket evalueringen behov for bedre hjelpeverktøy til bruk for legen i konsultasjonen og et sted/apparat å henvise pasientene til. Andre del av evalueringen omfattet utprøving av henvisningssted i form av lavterskeltilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt i et utvalg kommuner i fem fylker (Møreforskning, 2008). Evalueringen viser at det er behov for lavterskeltilbud utenfor legekontoret i regi av for eksempel en frisklivssentral, men med forankring i kommunehelsetjenesten. Legene er positive til et slikt henvisningssted og pasientene er fornøyde med oppfølgingen. Videre viser evalueringen at det er viktig å ha kommunelegene med i utviklingen av slike lavterskeltilbud.

Det vurderes om fastlegene bør ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging samt koordinere den medisinske oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. Overvekt og type 2-diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol, samt bruk av tobakk og fysisk inaktivitet er sentrale risikofaktorer. I tillegg til levevaneområdene gjelder dette psykisk helse og rusmiddelmissbruk. Utfordringen er å tilby tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områdene tobakk, ernæring og fysisk aktivitet, herunder adekvat kompetanse og hensiktsmessig organisering

av tilbudet. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene – både fastlegen og kommunelege 1 – har en nøkkelrolle i utvikling og tilrettelegging av slike tilbud i tilknytning til kommunens forebyggende helsetjenester. I det videre utviklingsarbeid er det viktig å ha realistiske oppfatninger om hvilke effekter som kan oppnås gjennom individuelle opplegg fra fastlege eller annet helsepersonell, herunder at vurderingene også foretas i et samfunnsøkonomiske perspektiv. Disse vurderinger må skje i dialog med organisasjonene til fastlegene og øvrig helsepersonell.

7.6.3 Kommunale lærings- og mestringstilbud bl.a. med lavterskeltilbud

Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringskurs, innføringskurs for likemenn/veiledere, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk. Disse aktivitetene må henge sammen med øvrige tilbud i lokalmiljøet. Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan disse ivareta en viktig koordinatorkompetanse og også inngå samarbeid med frivillige organisasjoner.

Dette tilbudet eksisterer ikke som en lovpålagt oppgave for kommunene i dag, da lærings- og mestringssentra i dag er organisert som et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Disse sentrene innehar en viktig tverrfaglig spesialkompetanse og kan med fordel også etableres på et lavere tjenestenivå for å målrette tilbudene til de grupper som trenger livsstilsveiledning og lavterskeltilbud. Et slikt forslag vil også innebære flytting av ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Kompetanse til å ivareta dette tilbudet må imidlertid bygges opp lokalt, gjerne ved videreutvikling av eksisterende tilbud som finnes i fysioterapi- og ergoterapitjenestene.

7.6.4 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er av avgjørende betydning i arbeidet med å forebygge psykiske plager og håndtere sammensatte sosiale problemer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være et lavterskeltilbud for barn og unge som bidrar til forebygging og tidlig hjelp til barn og unge med psykiske problemer. Målet er å utvikle skolehelsetjenesten til et lavterskeltilbud som

blant annet skal bidra til at barn og unge med problemer skal få hjelp på riktig nivå så tidlig som mulig.

Kapasiteten i skolehelsetjenesten er ikke tilstrekkelig utbygd i mange kommuner. Det gjelder særlig tilbudet i videregående skoler, jf. St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Skolehelsetjenesten er en sentral aktør i det forebyggende arbeidet fordi den gjennom skolen har en kontakflate mot alle barn som gir en helt spesiell mulighet til å fange opp de som trenger hjelp.

7.6.5 Tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse. For å fremme god helse er hovedstrategien å påvirke forutsetningene for god helse. Helsetilstanden i befolkningen påvirkes av ulike forhold av sosial karakter, miljøfaktorer, levevaner, økonomiske forhold og biologiske forutsetninger. Påvirkningsfaktorene befinner seg på alle forvaltningsnivåer, ikke minst i kommunene, noe som understreker betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Ved en eventuell ikrafttredelse av ny folkehelselov, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008–2009), skal fylkeskommunene understøtte

kommunene i det brede og tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Det tverrsektorielle arbeidet retter oppmerksomheten mot de samfunnsmessige forhold som gjør at helseproblemer oppstår. Samhandlingsreformen skal legge til rette for å styrke kommunenes mulighet til å sette inn forebyggende tiltak og tidlig intervensjon (dvs. tiltak «mot venstre på tidsaksen») ved at tiltak kan rettes mot livs- og helseproblemenes grunnleggende årsaker og sammenhenger. Ved også å styrke helsetjenestens medansvar for tverrsektorielt arbeid rettet mot årsakene til at helseproblemer oppstår, vil vi som samfunn kunne nå våre mål om bedre folkehelse og mer rettferdig fordelt helse i befolkningen.

En viktig erfaring fra arbeidet med Samlet plan på 90-tallet var betydningen av god lokalpolitisk forankring av folkehelsearbeidet. På bakgrunn av denne erfaringen er det viktig å understreke betydningen av at folkehelsehensyn og -tiltak er forankret politisk i kommunale planer, jf. Helse i planprosjektet. For å sikre tverrsektoriell mobilisering er det innført en statlig ordning for å stimulere til partnerskap for folkehelse mellom offentlig sektor og frivillig sektor både på fylkesnivå og kommunenivå. Selv om så mange som 60 pst. av landets kommuner har en folkehelsekoordinator, er stillingsressursen ofte liten.¹⁰ En hensikt med å etablere

¹⁰ NIBR-notat 102:2009

Boks 7.3 Helse i plan

Helse i Plan er et samarbeidsprosjekt mellom Miljøverndepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Det femårige Helse i Plan-prosjektet, med oppstart høsten 2006, har en todelt målsetting; (1) utprøving av plan- og bygningsloven som virkemiddel i forankring og planfesting av folkehelse i ordinære plan- og styringsdokumenter og (2) oppbygging av plan- og prosesskompetanse innen helsesektoren. Det pågår utprøvingsarbeid i 30 kommuner i 8 fylker der regionalt nivå, både fylkeskommunen og fylkesmannen, har en sentral rolle i oppfølging og veiledning overfor kommunene, samt i implementeringen av arbeidet.

Universell utforming, folkehelse generelt og folkehelse tiltak som økt fysisk aktivitet, bedre kosthold og ulykkesforebygging samt omsorgstjenester, er blant temaer som inngår i utprøvingsarbeidet i kommunene.

Prinsippene i ny plan- og bygningslov, Ot.prp. 23. nr. 32 (2007–2008), Om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven), er lagt til grunn for utprøvingsarbeidet lokalt og regionalt.

Problemstillinger som reises er bl.a.; Hvordan kan plan- og bygningsloven og samfunnsplanlegging bli sentrale virkemidler i folkehelsearbeidet? Hvordan kan kommuneplanens samfunnsdel utvikles til å bli et sentralt virkemiddel for samordning av prioriteringer, dialog, tiltak og forankring av folkehelse tiltak? Hvordan utvikle relevant plan- og prosesskompetanse i helsesektoren på alle nivåer?

Arbeidsformen som denne utprøvingen innebærer, har overføringsverdi til områder ut over folkehelse. Helse i plan-prosjektet skal kunne ut i en veileder for helse i planlegging etter plan- og bygningsloven til bruk for kommuner og fylkeskommuner

modellen med koordinatorene var å etablere aktører som skulle bidra i det tverrsektorielle og politisk forankrede folkehelsearbeidet, samt trekke inn og samarbeide med frivillige organisasjoner. Evaluering av partnerskapsmodellen viser at det på grunn av manglende kapasitet og kompetanse fortsatt er en stor utfordring å få til dette tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

7.6.6 Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester, f.eks innen ernæring, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern

Det er et dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten¹¹. Dette gjelder særlig i forhold til underernæring blant eldre, og i forebygging og behandling av fedme og behandling av kroniske sykdommer som hjerte- karsykdom, type 2-diabetes og kreft.

¹¹ Helsedirektoratet (2007), IS-1424

Samfunnsmedisinsk kompetanse kreves for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåkning, planlegging og koordinering av helsetjenestene. Det er betydelige utfordringer knyttet til å sikre tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene¹². En evaluering av miljørettet helseverntjenesten i kommunen¹³ viser at kapasiteten er lav og at det er betydelige utfordringer med hensyn til kompetanse. 55 pst. av kommunene mener at de har for lite ressurser i forhold til oppgaver og utfordringer, og bare 57 pst. av kommunene mener at de har tilstrekkelig kompetanse. Interkommunale løsninger virker avbøtende på kompetanseutfordringen, samtidig som det bidrar til å avgrense sakfeltet. Når det gjelder oppfølging av sosiale miljøfaktorer, viser evalueringen at kommunene i liten grad har rekruttert kompetanse til å dekke denne type saker.

¹² Hofstad og Vestby (2009): Lokalt folkehelsearbeid NIBR-notat 102:2009

¹³ Helsedirektoratet (2009), IS-1633

Boks 7.4 Hva er hva? Folkehelsearbeid og forebyggende helsetjenester

Folkehelsearbeid

Samfunnets samlede innsats for:

- å fremme helse
- å redusere risiko for sykdom og skade
- å beskytte mot ytre helsetrusler

Målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å reduserte sosiale helseforskjeller. Strategiene retter seg mot hele befolkningen. I tillegg til helsesektorens innsatser, ligger påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer. Eksempler: Utdanning, arbeid, bo- og nærmiljøer, ren luft, fravær av støy, gang- og sykkelveier, turstier og friluftsliv, fysisk aktivitet i skolen.

Forebyggende helsetjenester

Primærforebygging:

Målet er å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade. Eksempler: helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vaksiner, ulykkesforebygging, helseopplysning, lavterskeltilbud rettet mot risikogrupper.

Sekundærforebygging:

Målet er å forebygge tilbakefall og holde seg frisk. Eksempler: Medisinering, aktivisering, røykeavvenning, kostholdsveiledning.

Tertiærforebygging:

Målet er å lære å leve med problemet, men hindre at det blir verre. Eksempler: Å klare dagliglivets gjøremål, trene opp funksjonsevne, læring og mestring (rehabilitering).

Helsesektoren skal medvirke til at andre samfunnssektorer bidrar til å fremme folkehelsen. Eksempel: Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for god helse.



Figur 8.1

8 Bedre legetjenester i kommunene

Fastlegeordningen ble innført i 2001, og hadde som formål å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom bedre tilgjengelighet til tjenesten og mulighet for kontinuitet i lege-pasientforhold. Alle som ønsket det skulle kunne få en fast allmennlege å forholde seg til gjennom etablering av et listesystem. Innbyggerne fikk rett til å stå på en fastleges liste, og fikk rett til å velge fastlege. Videre var det et mål å bedre utnyttelsen av de samlede legeresurser med riktigere bruk av legevakt og spesialisthelsetjeneste. Ordningen har stort sett vært uendret siden den ble innført. Innbyggere på fastlegens liste vurderer ordningen som god.

Regjeringen vil framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Økningen av kapasitet skal imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid for prioriterte pasientgrupper og en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.

For å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene, er det nødvendig å knytte fastlegene tettere styringsmessig til kommunen. Det er også nødvendig at det blir stilt funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene knyttet til innbyggere på deres liste.

8.1 Kort om fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001 etter at det var gjennomført forsøk i fire kommuner i årene 1993–1996.

Fastlegen har en tre-delt rolle:

1. *Ansvar for legetjenester til de som står på fastlegens liste.* Fastlegene skal sørge for nødvendig primærmedisinsk utredning, forebygging, behandling og skal koordinere behovet for annen medisinsk hjelp til innbyggere på sin liste. Dette omfatter også samarbeid med ulike kommunale tjenester, og henvisning til og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
2. *Oppgaver definert som allmennmedisinske offentlige legearbeid.* Kommunen kan i dag tilplikte fastleger i fulltidsaktivitet å delta i inntil 7,5 timer per uke med allmennmedisinske offentlige oppgaver knyttet til sykehjem, helse-

stasjon, skolehelsearbeid, fengselshelsetjeneste mv. Disse «bistillingene» er de aller fleste steder fastlønnet, og har i tillegg et tilskudd for å dekke deler av fastlegenes løpende praksisutgifter (praksiskompensasjon).

3. *Legevakt.* Kommunen kan etter fastlegeforskriften tilplikte fastleger å delta i kommunalt organisert legevakt. Legevakten omfatter medisinsk beredskap for øyeblikkelig hjelp 24 timer i døgnet.

Mange kommuner har ansatt sykehjemsleger som ikke er fastleger. Sykehjemslegene jobber i deltids- eller i fulltidsstillinger. Omlag halvparten av fastlegene deltar i kommunal legevaktarbeid.

Boks 8.1 Fakta om fastlegeordningen

- I 2008 var det omlag 3970 registrerte fastleger, noe som er en økning på 385 eller omlag 10 pst. siden ordningen ble innført i 2001.
- Samlet antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten var i 2007 omlag 4400, en økning på knappe 6 pst. fra 2001
- I gjennomsnitt har fastlegen omlag 1200 personer på sin liste, og dette har vært relativt stabilt siden ordningen ble innført. Det betyr at den økningen som er beskrevet tilsvarer økningen i befolkningsveksten.
- Omlag 93 pst. av fastlegene er i dag selvstendig næringsdrivende i sin hovedstilling, mens andelen fastleger på fastlønn er gradvis redusert fra 10,2 pst. i 2001 til 6,7 pst. i 2008.
- I 2006 hadde fastlegene 23 millioner legekontakter;
 - 13 millioner av disse var konsultasjoner, omlag 10 pst. av dem på legevakt
 - 200 000 sykebesøk, omlag halvparten av dem under legevakt
- I snitt har hver innbygger 2,9 kontakter med lege per år.

8.2 Erfaringer fra fastlegeordningen

Norges forskningsråd har i sin sluttrapport fra den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen (2001–2005) konkludert med at innføringen av ordningen i hovedsak har vært vellykket.

Publikum er gjennomgående godt fornøyd med fastlegeordningen, og tilfredshet mht. ventetider, konsultasjonslengde, relasjon til fastlegen har i perioden 2002 til 2005 vært økende. Det er derfor god grunn til å ta vare på de grunnleggende strukturene i dagens fastlegeordning. I områder med stabilitet i legestillinger og/eller god rekruttering til stillingene, har bl.a. fastlegeordningen bidradd til god kontinuitet i lege-pasient forhold.

Fastlegeordningen fungerer imidlertid ikke like godt for pasienter som ikke selv etterspør helsetjenester, eller som har vansker med å oppsøke legekontor på eget initiativ. Dette gjelder bl.a. personer med rusproblem, hjemmeboende eldre med nedsatt funksjonsnivå, personer med psykiske lidelser, personer med mental svikt og andre med betydelig nedsatt funksjonssvikt. Det som er et felles kjennetegn ved disse gruppene er behov for individuell planlegging og tverrfaglig kontakt med andre deler av tjenesteapparatet over lang tid. Dette er grupper som bør ha høy prioritet for tilgang til fastlegens tjenester.

Helt fram til 80-tallet var sykebesøk i pasientens hjem vanlig. Mange hjemmeboende er sykere og mindre mobile enn før, og det kan derfor være en stor belastning å bli transportert til legekontor eller til legevakt.

I en rapport fra Helsedirektoratet fra 2006 framkommer bl.a. følgende:

- *Innkallingsrutiner* finnes bare hos omlag 25 pst. og 10 pst. av fastleger i henholdsvis små og mellomstore kommuner for eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og for rusmisbrukere. Ingen store kommuner eller storbyer oppgir at fastleger har innkallingsrutiner.
- *I ansvarsgrupper* og i arbeidet med *individuelle planer* deltar fastlegene sjelden.
- *Samarbeid mellom fastleger og omsorgstjenestene* er svært varierende fra kommune til kommune. I storbyer tar omsorgstjenesten fortrinnsvis med pasienten til legekontoret i stedet for hjemmebesøk. I storbyene kan det se ut til at pasienter og omsorgstjenester må tilpasse seg legenes kontorrutiner, som varierer fra kontor til kontor og fra kommune til kommune.

- *Medikamentrutiner* for pasienter som har hjemmesykepleie er på plass i de minste kommunene. I de største kommunene er det klare tegn til at det er hjemmesykepleien som har tatt ansvaret for å oppdatere legene ved endringer gjort av legevakt og ved innleggelser i sykehus. Gode rutiner er svært mangelfulle, til dels fraværende, i mange kommuner og da spesielt i store kommuner.
- I følge omsorgstjenesten drar fastlegene i *hjemmebesøk* til litt under halvparten av pasientene i soner/enheter i små kommuner. Ingen enheter/soner i storbyer oppgir at fastleger alltid, eller som oftest, drar på hjemmebesøk, mens halvparten av sonene oppgir at legevakt alltid, eller som oftest, drar på hjemmebesøk. Omsorgstjenestene velger derfor i mange situasjoner å benytte legevakt.

8.3 Framtidige prioriterte oppgaver

Regjeringen vil legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak kommer i kommunene. Gjennom dette vil det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.

Regjeringen vil styrke det allmennmedisinske offentlige arbeidet som i dag bl.a. er knyttet til sykehjem, helsestasjon, skolehelsearbeid og fengselshelsetjeneste. Kommunene kan i dag pålegge inntil 7,5 timer til allmennmedisinske offentlige oppgaver for leger i full tids arbeid. I de mindre/små kommunene, hvor gjennomsnittlig listelengde er 700–800 innbyggere, vil fastlegene som regel ha 10–15 timer til slike oppgaver. I mange bykommuner, blant annet Oslo, har kommunene bevisst satset på å ansette sykehjemsleger i store deltidsstillinger eller i heltidsstilling, for å få kontinuitet og fagutvikling i denne tjenesten. Departementet vil bl.a. vurdere å øke timeantallet for den kommunale påleggshjemmelen for allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Konkret hvor stor økning det er behov for vil vurderes i det videre utredningsarbeidet. Dette må bl. a sees i sammenheng med behovet for fastlegens tilgjengelighet i egen praksis til de innbyggere som står på fastlegens liste. I tillegg vil det vurderes om også følgende oppgaver skal inngå i det allmennmedisinske offentlige legearbeid:

- undervisning av studenter, turnusleger, spesialistkandidater, annet helsepersonell.
- veiledning av utdanningskandidater i allmennmedisin
- tverrfaglig samarbeid
- praksiskonsulenter/samarbeidsleger

- legevakt som allmennmedisinsk offentlig oppgave
- delta i rehabilitering i kommunal regi
- bidra i lærings- og mestringssentra i kommunal regi
- forebyggende helsetjenester i tillegg til helsestasjon og skolehelsetjeneste

Kommunen vil i samarbeid med legene avgjøre hvilke oppgaver den enkelte lege skal ha innenfor den rammen som avtales til allmennmedisinske offentlige oppgaver.

8.3.1 Samfunnsmedisinsk arbeid – kommunelegerollen

I kommunehelsetjenesteloven § 3–5 er kommunelagens rolle som medisinsk faglig rådgiver lovfestet. Det vurderes å tydeliggjøre kommunelegerollen som en viktig premissleverandør for kommunal planlegging, bl.a. for utvikling av gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekket helsebehov i befolkningen, bringe kunnskapsforhold om helseforhold inn i budsjettarbeid, plan- og beslutnings-

prosesser og gi råd om hvilke alternative tiltak som kan bedre tilbudet til befolkningen, samt ha en sentral rolle i styringsdialogen med fastlegene.

8.4 Rekruttering

For at kommunehelsetjenesten skal kunne gi et helhetlig helsetilbud for ulike grupper, og i tillegg løse oppgaver som i dag dels utføres på sykehus, vil det i framtiden være nødvendig å se på hvordan en bruker de samlede legeressurser best mulig og sikrer rekruttering i allmennlegetjenesten, inkludert fastlegeordningen. Mens antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten fra 2002 til 2007 har økt med 1840 til 11 000, har antall fastleger i kommunene kun økt med 250 til om lag 4000 leger.

Daværende Sosial- og helsedirektorat opprettet høsten 2007 en arbeidsgruppe med mandat å vurdere og legge fram forslag til utvikling av legetjenesten i kommunene. Arbeidsgruppas medlemmer ble oppnevnt av Helsedirektoratet, Den norske legeforening, KS, Oslo kommune, FFO og SAFO. I rapporten fra arbeidet (Helsedirektoratet IS-1652) anslås et behov for om lag 2000 flere legeårsverk i kommunene i perioden 2009–2015, men det presiseres at det knytter seg betydelig usikkerhet til tallene. Det tilsvarer en økning på i underkant av 50 pst. i forhold til dagens nivå. Departementet vil presisere at den foreslåtte økningen også bl.a. inkluderer forslag om nye legehjemler som skal kompensere for deres forslag om redusert ukentlig arbeidstid. Denne rapporten vil være ett innspill til det videre arbeidet med å bedre legetjenestene i kommunene. Departementet vil i det videre arbeidet foreta vurderinger av det reelle kapasitetsbehovet for legeressurser både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i de forslag som for øvrig fremmes gjennom samhandlingsreformen.

Regjeringen vil legge til rette for at veksten i legetjenesten i hovedsak kommer i kommunene, bl.a. gjennom en streng regulering av nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten. I følge Helsedirektoratet vil Norge de nærmeste tre til fire årene ha en årlig netto tilgang på omlag 600 leger til helse-tjenesten. Dette muliggjør en god rekruttering til nye stillinger/fastlegehjemler i kommunehelsetjenesten.

En mulig vei å gå for å bedre rekrutteringen til legestillinger i kommunene er at kommunene samarbeider. Dette har eksempelvis kommunene Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik gjort gjennom Senjalegen. Senjalegen er et nyopprettet samarbeidsprosjekt mellom disse nevnte kommuner

Boks 8.2 Utvikling av kommunehelsetjenesten – bedre fastlegetjeneste

Fastlegenes tilbud er grunnleggende i kommunehelsetjenesten. Det utvikles nå nye modeller for å bedre tilgjengeligheten til fastlegen, og det prøves ut modeller for tverrfaglig samarbeid. Risvollan og Sjøsidens legesenter i Trondheim er godt i gang med å tenke nytt for å bedre kvaliteten på tjenesten.

Ved Risvollan legesenter var målet å bedre tilgjengeligheten ved telefonhenvendelser, kortere ventetid på å få time, mindre forsinkelser på venterommet, og unngå at folk bruker legevakten i stedet for å gå til fastlegen. Man økte senterets kapasitet ved å la pasientene bestille timer per sms. Ved å legge om systemet for å administrere timeboken og kutte ned på unødige kontroller, ble det flere ledige timer. Nå får 70 pst. av pasientene time samme dag, og bare to av ti konsultasjoner er forsinket. Lekkasjen til legevakten er redusert med 70 pst., og pasientene er svært godt fornøyde.

Lenke:

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/03/12/>

hvor målsettingen er å gi befolkningen i kommunene stabile og gode legetjenester gjennom økt interkommunalt samarbeid og økt satsing på veiledning og utdanning av unge leger.

Det er vesentlig å understreke at endringene i listelengde og økningen i samlet tidsbruk til allmennmedisinske offentlige oppgaver må endres i takt med økt rekruttering, for å unngå at tid tilgjengelig i praksis blir skadelidende.

8.5 Fastlegens portnerfunksjon

Som hovedregel skal alle pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten ha henvisning fra primærnivå. Unntak er pasienter som må innlegges akutt ved behov for øyeblikkelig hjelp. Formålet med henvisningsregelen er at alle skal ha vært utredet på primærnivå for dermed å bli vurdert for behovet for henvisning til spesialisthelsetjenesten. De fleste blir henvist av fastleger. Fastlegene har dermed en viktig portnerfunksjon for å regulere bruken av spesialisthelsetjenester. Land med direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten har høyere forbruk av slike tjenester (for eksempel Island og Sveits). De siste årene har andre enn leger fått anledning til å henvise, herunder manuellterapeuter, kiropraktorer og optikere (henvisning til øyeleger).

Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen viste en meget svak økning i antallet henvisninger fra allmennlege til privatpraktiserende spesialister og sykehus/poliklinikk etter innføringen av fastlegeordningen. Omregnet til årsbasis er økningen kun 11 flere henvisninger for en tidligere fastlønnslege og 15 flere henvisninger for en lege som tidligere hadde avtale om kommunalt driftstilskudd. Det er uklart hva økningen skyldes. En mulig reformeffekt er at innføringen av fastlegeordningen har ført til at legene opplever større ansvar for pasientene og derfor henviser oftere (Grytten med flere 2003:10, 40). Sistnevnte støttes av en kvalitativ undersøkelse blant fastleger i Oslo og Hordaland utført ved Rokkansenteret i Bergen som finner at fastlegene, ut fra opplevelse av større ansvar for og konkurranse om pasientene, i større grad enn før opptrer som pasientens advokat/hjelper framfor å styres av samfunnsøkonomiske motiver (kontrollør) i tilknytning til portvaktrollen. Dette forklares med økt konkurranse legene i mellom og endrede holdninger/større forventninger hos pasientene.

Dersom det skal legges til rette for at flere pasienter skal utredes og behandles i primærhelsetjenesten, og dermed begrense tilstrømmingen til

sykehus, må fastlegenes kompetanse og muligheter for å behandle flere pasienter styrkes.

8.5.1 Behov for å styrke fastlegenes/legevakslegenes vurderingskompetanse

Det er vist tre til fem ganger forskjell i innleggelsesfrekvens mellom allmennleger. Det gjelder i hovedsak elektive henvisninger. Spredningen er mindre for akutte tilfeller. Det viser seg imidlertid at forhold som tid i praksis og videre- og etterutdanning har liten betydning, men at spredning i innleggelsesfrekvens mellom legene mer varierer med legenes villighet til å tåle usikkerhet. Den vanlige forskjellen mellom leger forklarer likevel bare 10 pst. av variasjonen i innleggelsesfrekvens. Det er pasientkarakteristika, som indirekte indikerer forekomst av sykелighet, som alder og sosial deprivasjon som forklarer det meste av variasjonen i henvisningsfrekvenser (50 pst.). I en studie forsøkte man delvis å møte usikkerheten ved å la en kollega ved samme legesenter vurdere henvisningen før den ble sendt. Det førte til 30 pst. reduksjon i henvisninger. I England blir enkelte steder henvisninger vurdert av såkalte » *referral management centres* » for å se om de er adekvate og om alternativer finnes.

Det finnes undersøkelser som tyder på at utviklingen av legevaktstjenesten har skjedd på en måte som har ivaretatt behovene på legevakt, men at det igjen har bidratt til et mulig overforbruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder først og fremst eldre og kronisk syke, og dette er i tillegg grupper som øker sterkest i antall. Det er også observert en betydelig skjevfordeling av tjenestene mellom sentrale og perifere strøk, med et langt høyere antall innleggelser for pasienter i høy alder enn tilsvarende i mindre kommuner.

8.5.2 Behov for styrkning av den kliniske kompetansen i fastlegepraksiser

For å være i stand til å utrede og behandle flere pasienter (i betydningen at fastlegene gjør mer knyttet til de pasienter som ellers ville blitt sendt til sykehus) i kommunehelsetjenesten, er det behov for å utvikle kompetansen hos fastleger/allmennleger innenfor faglige områder som er prioriterte satsningsområder. Når oppgavene i kommunehelsetjenesten endrer seg, er det naturlig at allmennlegenes kunnskaper på prioriterte områder styrkes tilsvarende. Framtidens behov krever ny kompetanse hos fastlegene. Det er ingen motsetning mellom å være generalist og samtidig ha utvidet kunnskap om et fagom-

råde med stor relevans for sykdomsbildet i allmennmedisin eller allmennmedisinske problemstillinger. Allmennmedisinsk praksis vil fortsatt kreve at man bevarer breddekunnskap og perspektiv.

Det kan være behov for å etablere ordninger med «allmennleger med særskilt kompetanse» innenfor utvalgte medisinske fagområder, for eksempel respiratorbehandling, rehabilitering, dialyse mv. Noen av disse legene kan ha hovedstillinger innenfor ett område, for eksempel sykehjemsmedisin eller rehabilitering, men de fleste vil samtidig være fastleger.

Utdanningsmoduler for definerte fagområder vil kunne stimulere til fagutvikling for etablerte fastleger og fungere som et rekrutteringsvirkemiddel. Kunnskapsgrunnlaget for nye utdanningsmoduler må legges gjennom forskning i allmennmedisin og relaterte helsefag i kommunehelsetjenesten. Et aktuelt fagområde vil for eksempel være kompetanse på endringsfokusert veiledning om helseatferd knyttet til fysisk aktivitet, ernæring og tobakksbruk. Erfaringer fra Grønn resept-ordningen viser at denne type kompetanse er mangelfull blant leger, men like fullt viktig i konsultasjonen med risikopasienter.

Det bør vurderes å tilby interesserte allmennleger faglig fordypning i de såkalte «gråsoner» mellom første- og andrelinjen», for eksempel i eldremedisin, lindrende behandling, fysikalsk medisin, rus, rehabilitering, trygdemedisin, mental svikt, innvandrermedisin, psykiske lidelser, sårbehandling. Gode etterutdanningstilbud bør etableres og kvalitetssikres. Allmennleger med «mer-kompetanse» kan ha et utvidet ansvar for å vurdere pasienter henvist fra, eller i dialog med, andre fastleger for diagnostikk, behandling og gode samhandlingsløsninger lokalt. En slik løsning vil kunne redusere behovet for henvisninger og redusere ventetider for pasientene. Lokale løsninger vil være prøvd før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Den praktiske innretning av disse forslagene må utredes nærmere. Det må ikke utvikles ordninger som bryter ned fastlegenes grunnleggende egenskap som generalist.

England stimulerer denne utviklingen, og det finnes en gruppe allmennleger med særlige kunnskaper og ferdigheter på faglige områder (GP's with special interests). Det finnes også i Norge og Norden eksempler på at fastleger har videreutviklet kompetansen på spesielle fagområder.

8.5.3 Behov for forskning i allmennmedisin

Det er et behov for forskning i allmennmedisin for å få et bedre grunnlag for valg av behandlingstil-

tak. Kunnskapsgrunnlaget for allmennlegene bør i størst mulig grad baseres på forskning på allmennmedisinens premisser, herunder forskning på hvilke deler av sykehusforskningens resultater som er anvendbare på en allmennmedisinsk pasientpopulasjon. Det utføres lite forskning i allmennmedisin i forhold til forskning knyttet til spesialisthelsetjenesten. I statsbudsjettet for 2009 ble det bevilget hhv. 8 mill. kroner til de fire allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE) og 445 mill. kroner til forskning i regionale helseforetak.

8.5.4 Praksiskonsulenter/samarbeidsleger¹⁴

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av fastleger som fungerer i små konsulentstillinger i sykehusavdelinger (10–20 pst. stillingsstørrelse) med oppgaven å bedre samhandling mellom fastleger og sykehus/HF. Pasientforløp med pasientperspektivet i sentrum er det sentrale tema som PKO-virksomhet dreier seg om.

Målsettingen for PKO er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp innenfor enkeltnivåer og mellom første- og andrelinjen. PKO skal bidra til optimal arbeids- og ansvarsfordeling når flere parter har behandlingsansvar, samtidig eller i faser av forløpet. PKO skal forbedre kvalitet av behandling, logistikk og prioritering, og minske variasjoner i praksis og overforbruk av helsetjenester.

Ordningen er i utbredelse i Norge siden 1995, og det er mer enn 100 fastleger i funksjon, fordelt i alle helseregioner og de fleste sykehus. Målet er minst 90 pst. dekning av norske sykehusavdelinger. Det foreligger avtale om praksiskonsulenter mellom RHF-ene og Legeforeningen fra 2005.

PKO er en godt utprøvd metode for å bedre samhandling mellom leger, som det er viktig å spille videre på og videreutvikle. En positiv egenskap ved ordningen er at den engasjerer leger i førstelinjen og i andrelinjen til felles innsats for bedre pasientforløp.

I det videre utviklingsarbeidet bør det også være årvåkenhet om at PKO er en modell som kan benyttes på alle grensesnitt. Praksiskonsulentordningen bør omstruktureres slik at den passer til ny organisering på ledelses- og utøvernivået. Både spørsmål om mer formell forankring av ordningen og om man har funnet fram til det mest hensiktsmessige begrepet for ordningen, bør være tema framover.

¹⁴ Praksiskonsulentordningen i Norge; et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsetjeneste. AF 2008

8.6 Kommunal ledelse og styring av fastleger

Fastlegene er en premissleverandør og ressurs både for kommuner og helseforetak, men er i dag verken styrings- eller systemmessig godt nok koblet på de ansvarsposisjoner som bæres av kommuner og foretak. Bedre integrering og klarere roller for fastlegene i den kommunale helsetjenesten tilsier at de fortsatt skal være tilknyttet kommunen og ha et ansvarspunkt mot kommunal helseledelse. Kommunene må inneha et proaktivt lederskap overfor fastlegene, overfor den samlede kommunale helse- og omsorgstjeneste og disse tjenestenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Samtidig forutsetter et kommunalt lederskap at kommunene kommer i en posisjon hvor de har reell mulighet til å foreta nødvendige prioriteringer og ressursmessige disponeringer av allmennlegeressursene. Det forutsettes at forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak også inneholder hvordan en sikrer gode pasientforløp innen kommunen, der dette faglig og økonomisk er best, mens sykehusinnleggelse forbeholdes de pasienter som etter sykdommens art trenger spesialistbehandling.

Fastlegene er et viktig redskap i forhold til å sikre økonomisk styring både i kommunene og i helseforetak.

For å sikre at den økte kapasiteten kanaliseres til prioriterte grupper og oppgaver, må det legges opp til en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side. Dette må skje langs flere akser:

- Tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges.
- Tydeligere kommunal styring på den kurative delen av arbeidet for å sikre at fastlegens praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer.
- Tettere oppfølging av om legens praksis på alle områder er tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Det finnes ikke gode nasjonale data som stat og kommuner kan bruke som styringsdata. For at kommunene skal kunne lede og styre fastlegene målrettet, må det utvikles nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegevirksomhet. Helsedirektoratet vil ha en sentral rolle i å utforme nasjonale krav til tjenesten.

8.6.1 Finansiering av fastlegeordningen

Som tidligere nevnt er omlag 93 pst. av fastlegene i dag selvstendig næringsdrivende, og de fleste arbeider i gruppepraksis der to eller flere leger arbeider sammen i kontorfellesskap, og deler kostnader til kontor, utstyr og hjelpepersonell. Det legges opp til at fastlegene fremdeles i hovedsak er selvstendig næringsdrivende. Ordningen med næringsdrivende som eier av egen praksis fungerer godt. Man bør likevel i større grad legge til rette for at allmennleger kan ha fast lønn med muligheter for å konvertere til næringsdrift der kommune og lege er enige om det. Dette kan for eksempel være aktuelt for begynnerstillinger og kan lette rekrutteringen til nye fastlegehjemler.

Finansieringen av fastlegeordningen er i dag tredelt; et basistilskudd som utbetales fra kommunen, refusjoner fra arbeids- og velferdsetaten og egenbetaling fra pasientene. Samlet kostnad for fastlegeordningen er om lag 6,4 mrd. kroner årlig, hvorav egenbetaling fra pasientene utgjør 2,2 mrd. kroner.

Utviklingen av et hensiktsmessig samspill mellom styrings- og avtaletiltak skal skje gjennom dialog med de berørte organisasjoner. I det videre arbeidet vil bl.a. forskrift og sentralt avtaleverk bli gjennomgått med sikte på endringer som innebærer:

- Innføring av funksjons- og kvalitetskrav til utøvelsen av fastlegevirksomhet.
- Innføring av bestemmelser som gir kommunene sterkere posisjoner i forbindelse med ledelse og prioritering av allmennlegeressursene og som skal bidra til å sikre fastlegenes samhandling med andre.
- Vurdering av bestemmelser om listelengde.
- En helhetlig gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet og de allmennmedisinske offentlige oppgaver. En slik gjennomgang vil omfatte dagens finansieringsordning, herunder takstsystem og insentiver for legene, forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd, og økt finansieringsansvar til kommunene.

Det vises til at Wisløff-utvalget, jf. NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste, bl.a. foreslo en dreining av finansieringsordningen i retning av mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre på takster og egenandel. Videre foreslo de også at fastlegeforskriften inkluderer klare funksjons- og kvalitetskrav, bl.a. for å sikre en bedre legetjeneste til personer med store og sammensatte behov.



Figur 9.1

9 Etablering av økonomiske insentiver

9.1 Innledning

Et sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.

Dagens finansieringssystem understøtter ikke på en tilstrekkelig god måte god arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene, tilrettelegger for at forvaltningsnivåene og tjenestetestedene forankrer sine tiltak i helhetlige pasientforløp, eller at det mer generelt inspireres til å finne de gode praktiske innretningene og samarbeidsordninger.

Problemanalysen viser at det i dag er få systemer som understøtter riktig fordeling av oppgaver mellom helse- og omsorgstjenestens ulike aktører. De ulike aktørene har separate systemer som i liten grad inviterer til å se egne tjenester i et helhetlig forløpsperspektiv. Finansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bidrar til å sementere og forsterke fokuset på diagnose og behandling framfor forebygging og mestring, og legger i for liten grad til rette for å stimulere til alternative løsninger både innad og mellom forvaltningsnivåene. Det er i dag for liten sammenheng mellom kostnad og økonomisk gevinst hos aktørene. Eksempel på dette er at økt vekt på forebyggende tiltak og oppgradering av primærhelsetjenesten fremstår som en kostnad for kommunene, mens de kun vil se deler av gevinsten fordi den også vil framkomme i spesialisthelsetjenesten i form av færre sykehusinnleggelser.

Noen aktiviteter foregår på sykehus ikke fordi de *må* foregå der, men fordi forholdene ikke er lagt til rette for at kommunene selv kan utføre dem og/eller fordi kommunehelsetjenesten ikke har noen kostnader ved å henvise pasienter til sykehus og la sykehus ta vare på dem. Dagens finansieringssystem legger i liten grad til rette for kommunal interesse for styringsmessig oppfølging av de utøvende aktørene i helsetjenesten. Aktivitetsbasert finansiering innen somatisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten gir insentiver til økt effektivitet og produktivitet, men gir ikke insentiver til å hindre unødige innleggelse eller prioritere forebyggende arbeid.

Regjeringen vil etablere nye økonomiske insentiver slik at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten gis insitamenter og inspirasjon til å utvikle roller og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene. Regjeringen vil gjennomføre tre hovedgrep på finansieringsområdet;

- innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene
- øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten

9.2 Sammenheng mellom kommunale tilbud og bruk av spesialisthelsetjenester

Dersom den økte kommunale innsatsen skal kunne redusere forbruket av spesialisthelsetjenester, forutsettes det at kommunene må kunne;

- overta ansvaret for tilbud spesialisthelsetjenesten har ansvar for i dag
- gjennom sine tilbud og de samhandlingsoppbygg som etableres, redusere presset på innleggelser og reinnleggelser
- øke mulighetene for rask utskrivning fra sykehuset

I arbeidet med samhandlingsreformen er det trukket fram at empiri indikerer at kommunalt tilbud bare i begrenset grad forklarer befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Det er særskilt tilbud til pasientgrupper som eldre over 80 år, kronikere og livsstilssykdommer som vil kunne påvirke sykdomsforløpet og gi et potensiale for å redusere bruk av spesialisthelsetjenester. Det er også trukket fram at enkelte kommunale tilbud, for eksempel høyere legedekning og bedre hjemmesykepleier tilbud, fører til høyere bruk av spesialisthelsetjenester.

Det er viktig at det settes søkelys på problemstillingen, både når det skal tas avgjørelser om hovedlinjer i utviklingen av helse- og omsorgspolitikken, og når man kommer til selve gjennomføringen.

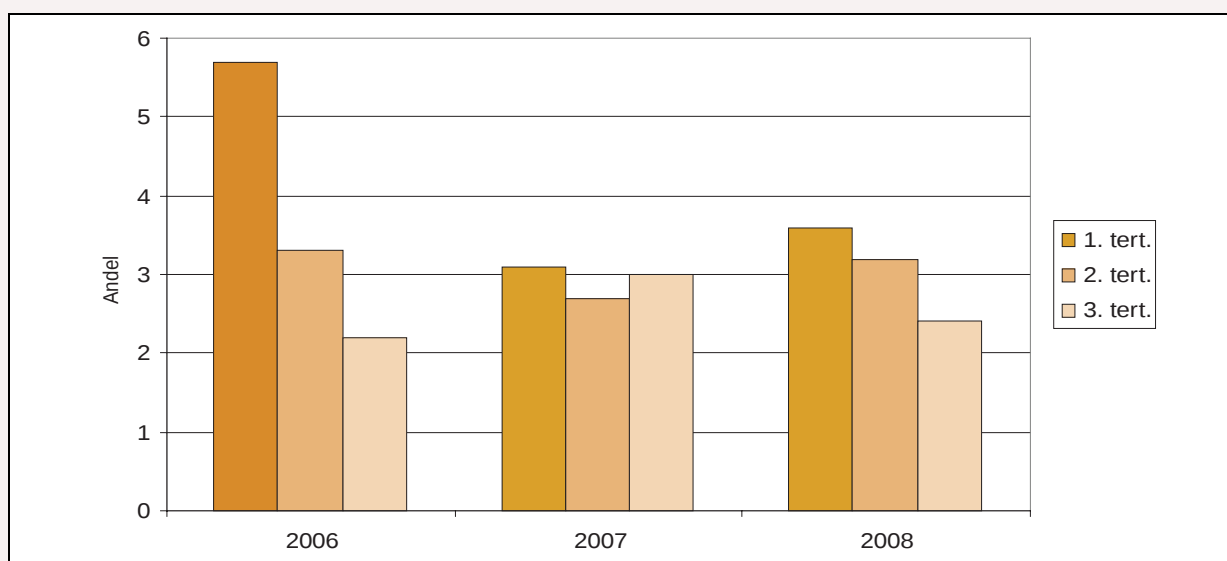
Boks 9.1 Bruk av sykehustjenester kan påvirkes

Gjennom blant annet tett samarbeid mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital har universitetssykehuset siden 2006:

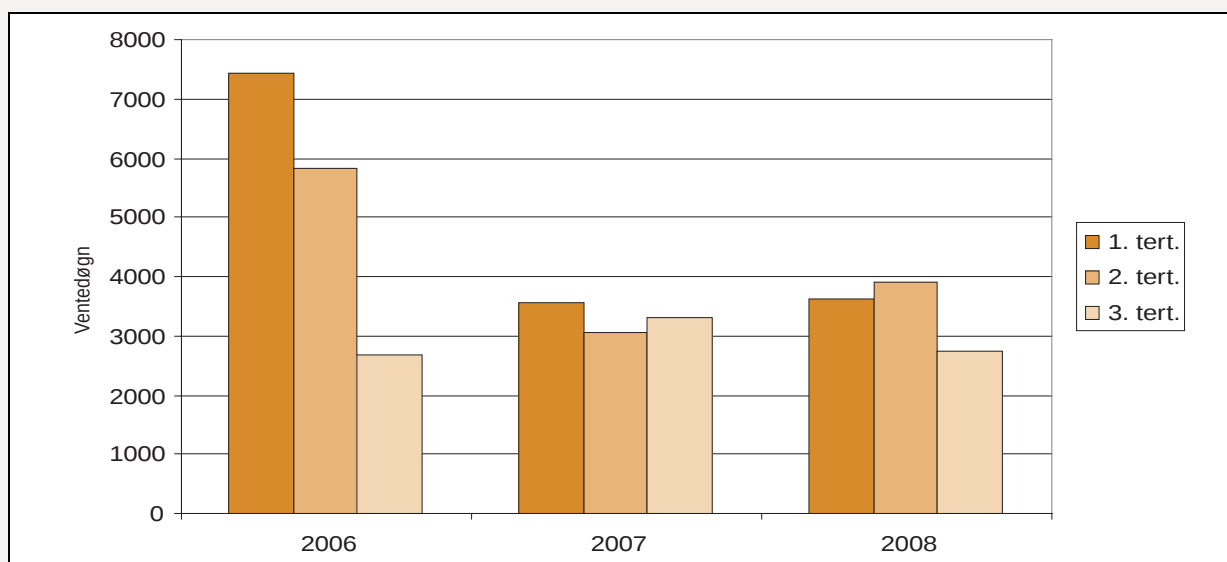
- redusert tallet for heldøgnsenger med 190 (om lag 20 pst.) og derved effektivisert driften med nærmere 200 mill kr.
- redusert liggetiden med omlag 1 døgn
- redusert antall utskrivningsklare pasienter til historisk lavt nivå våren 2009

- redusert antall korridorpasienter
- redusert antall ansatte

Ved etablering av Øya helsehus har Trondheim kommune tatt ut mer enn 50 pst. flere pasienter til omsorg, etterbehandling og rehabilitering i 2008 enn i 2007.

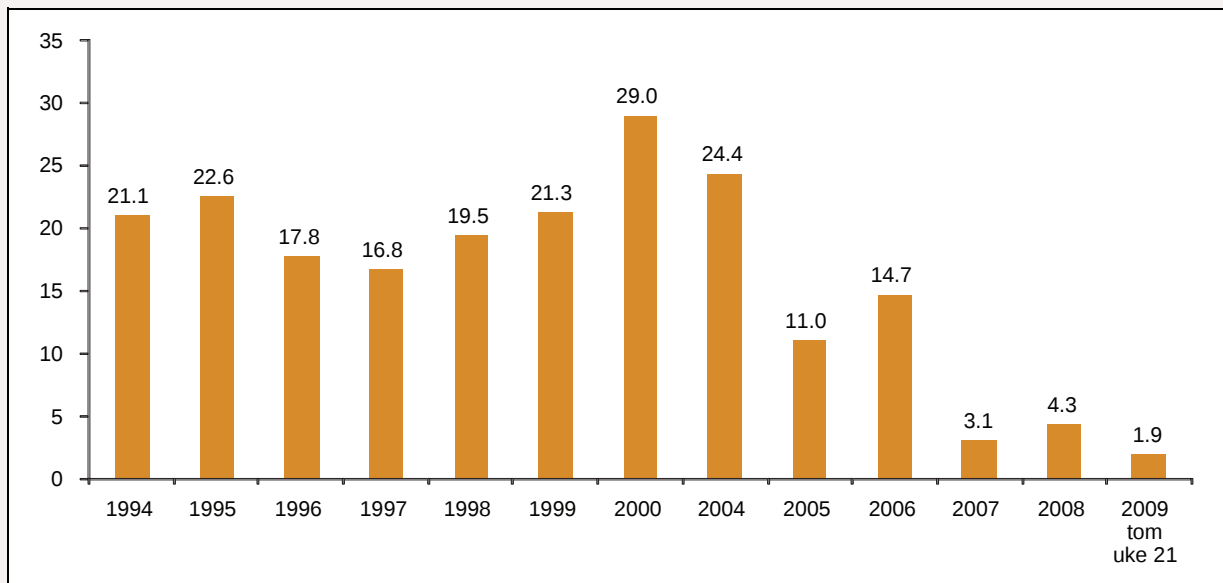


Figur 9.2 Andel korridorpasienter av liggedøgn St. Olavs Hospital, pr. tertial 2006-2008



Figur 9.3 Antall ventedøgn for utviklingsklare pasienter St. Olavs Hospital HF, pr. tertial 2006-2008

Boks 9.1 forts.



Figur 9.4 Utviklingsklare over 10 dager i snitt pr. år

Partene har i dialog med brukerorganisasjonene fått til omstilling og endret oppgavefordeling mellom sykehus og kommune. Regelmessig formell og uformell dialog på ledelsesnivå mellom kommunene og St. Olav er synliggjort gjennom samarbeidsavtaler og samarbeidsutvalg. I disse fora blir utfordringer fortløpende drøftet slik at en kan være i forkant av problemene for å styre utviklingen. Kulturelle forskjeller mellom nivåene gir egne utfordringer og nær dialog er nødvendig for å bidra til gjensidig forståelse.

Kortere liggetid og nye behandlingsprogrammer stiller nye krav til kompetanse både i sykehus og primærhelsetjeneste. Felles kompetansebygging har derfor vært et satsingsområde.

Eksempler på konkrete tiltak som er, eller vurderes iverksatt i samarbeidet mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital for å begrense antall innleggelser, redusere liggetiden i sykehuset og bedre kvaliteten på det samlede tilbudet (noen tiltak gjelder andre kommuner);

Tiltak fra kommunen:

- Kommunalt ansatte vurderer alle utskrivingsklare pasienter på sykehuset mht nødvendige tilbud utenfor sykehus
- System for uttak fra sykehuset i helger og høytider
- Rutiner i hjemmetjenesten skal sikre kommunikasjon rundt brukerens funksjon og status ved innleggelse.
- Avtale med fastlegene slik at de kan ta i mot timebestillinger fra sykehuset før utskriving.
- Bedre bruk av akutt plasser i kommunale institusjoner i stedet for innleggelse i sykehuset
- Intermediært tilbud i kommunale institusjoner
- Kommunen oppretter ekstra sykehjemsplasser (bufferplasser) i perioder med økt trykk på sykehuset
- Øya Helsehus i Trondheim samler kommunale korttidsplasser, fastlegekontor, sykepleierutdanning (HiST) og Institutt for samfunnsmedisin (NTNU) i ett bygg og er knyttet til St. Olavs Hospital med «tørr forbindelse». Dette gir en unik mulighet til å utvikle nye driftskonsepter og kompetanse som grunnlag for videre omstilling, bedre samhandling og en sterkere primærhelsetjeneste.

Boks 9.1 forts.*Tiltak fra sykehuset:*

- Det skal alltid følge med epikrise og evt. resepter ved utskriving.
- Pasientene kommer til kommunen (hjem eller institusjon) senest kl 13.
- Bestille hjelpemidler tidlig slik at ikke dette forsinkes utskriving.
- Sykehuset etablerer en «utskrivningssykepleier» på de avdelinger som har størst turnover av kommunale pasienter. Disse får ansvar for den løpende kontakt med kommunen.
- «Halvakutt» poliklinisk vurdering av pasienter med kroniske tilstander i løpet 1–2 døgn.
- Tilgjengelig bakvakt for telefonkonsultasjon for fastlege / legevakt
- Sykehuset etablerer ordninger der pasienter med sterkt nedsatt mobilitet kan vurderes ambulant i hjemmet Overfor andre kommuner: Observasjonsplasser knyttet til stasjonær, interkommunal legevakt på Fosen DMS, har redusert antallet innleggelser
- Daglig bruk av videokonferanse (morgenmøte) mellom Orkdal sjukehus og Fosen DMS.
- Felles prosedyrer for spesielle pasientgrupper («respiratorbehandling i kommune»).

Felles tiltak

- Partene forplikter seg til gjensidig kompetansebygging
- Ambulerende team og kombinerte stillinger kommune – sykehus etableres
- Spesialiserte pasientforløp for utvalgte pasientgrupper (for eksempel personer med kognitiv svikt, alderspsykiatri)
- Forpliktende rotasjonsordninger og/ eller faste stillinger der ansatte jobber i definerte perioder for kommunen og for sykehuset.
- Fokus på pasientforløp/behandlingskjeder i samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste
- Felles prosedyrer for spesielle pasientgrupper («respiratorbehandling i kommune»)
- Felles prosedyrer for utskriving av pasienter med vurderingsskjema og raskere respons fra kommunene.
- Forskning og annen evaluering av samhandlingstiltak som dokumenterer effekt er helt avgjørende for å oppnå læring og videre omstilling.

gen av framtidig strategi. I det følgende belyses forhold knyttet til denne problemstillingen.

Utfordringer knyttet til demografisk og epidemiologisk utvikling gjør at det må legges stor vekt på at det ikke kommer en kostnadsutvikling for helse- og omsorgssektoren som er i strid med beslutninger og forutsetninger som er fastsatt på politisk myndighetsnivå. I kapittel 10 gis en omtale av hva dette tilsier av styringsmessige oppfølgings tiltak overfor de regionale helseforetakene. Det må derfor være kontroll på hvilke effekter en økt satsing på de kommunale tjenestene vil få for spesialisthelsetjenesten.

Når det argumenteres med at systematisk satsing på kommunehelsetjenesten vil dempe presset på spesialisthelsetjenesten, er dette særlig knyttet til to forhold. For det først at samfunnet i dag satser for lite på målrettede og effektfulle forebyggingstiltak, jf. omtalen i kapittel 7. For det andre at et begrenset tilbud av relevante kommunale tjenester

presser fram bruk av sykehustjenester som ikke er nødvendig ut fra faglige vurderinger.

Samhandlingsreformen legger opp til en ny insitamentssituasjon for helsetjenestens aktører, ikke minst for de kommunale aktørene. Gjennom kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten settes kommunene i en ny situasjon, ved at de kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom kommunal bruk av midlene. Systematiske analyser, med oppfølgende tiltak av tilretteleggende eller styringsmessig karakter, bør legges til rette for nye tilbud som gir en samfunnsmessig bedre bruk av helsemidlene. Så langt har dette i bare helt begrenset grad blitt gjort av kommunene.

Nye muligheter for systematisk satsing på forebygging og økt innsats innen primærhelsetjenesten bør tilsi at tidligere empiri ikke nødvendigvis har full relevans for en ny situasjon med nye rammebetingelser og nye tilbud.

Hensynet til bærekraftig utvikling tilsier at det i tillegg til å se hen til hvilke oppgaver som det ut fra et faglig og samfunnsmessige hensyn er aktuelt at kommunene kan overta nå, også trekkes inn langsiktige og mulige samvirkende effekter av kommunale tiltak. Med dette perspektivet blir det relevant å trekke inn fire forhold som går ut over de mer kortsiktige og statiske vurderingene;

- hvor stor andel av sykehusbruken kan påvirkes av gode effekter av relevante forebyggingstiltak
- hva påvirker henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten
- hva er et godt pasientforløp
- hvordan identifisere forhold der politisk eller faglig myndighetsnivå bør gjennomføre endringer som bedre understøtter god lokal oppgaveløsning

Her trengs det forskning og samarbeid lokalt mellom ansvarlige aktører fra første og andrelinjetjenesten for å utrede mulighetene som ligger på de nevnte områdene.

Det er departementets oppfatning at kommunen kan ha gode muligheter til å påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, særlig for enkelte aldersgrupper og diagnoser. Det er derfor viktig å etablere insitamentsordninger som inspirerer til kommunalt engasjement i forhold til problemstillingen. Denne vurderingen er en vesentlig del av grunnlaget for den satsing som i samhandlingsreformen gjøres på de økonomiske insitamentene for kommunene.

9.3 Dagens finansieringsordninger

Regionale helseforetak har gjennom sitt «sørge for»-ansvar for spesialisthelsetjenesten ansvar for at statlige tilskudd brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for helsetjenesten. Finansieringen er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert tilskudd. Basisbevilgningen fordeles mellom de fire regionale helseforetakene etter trekk ved befolkningen som fanger opp behov og variasjon i kostnader forbundet med å gi et likeverdig tilbud i hele landet. Somatisk pasientbehandling finansieres med 60 prosent basisbevilgning og 40 prosent aktivitetsbasert bevilgning, også kalt innsatsstyrt finansiering (ISF). Midler til oppgaveområdene psykisk helsevern og rusbehandling og til innsatsområdene vedlikehold og gjenanskaffelse av bygg og anlegg inngår i hovedsak som en del av basisbevilgningen. I tillegg

til å drive pasientbehandling har regionale helseforetak lovpålagt ansvar for opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning. Dette er aktiviteter som i hovedsak dekkes av basisbevilgningen. Med bakgrunn i Stortingets budsjettvedtak skjer statens aktivitetsstyring av de regionale helseforetakene i form av konkrete aktivitetskrav i antall DRG-poeng i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten finansieres i hovedsak gjennom frie inntekter dvs. skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten (i underkant av 70 pst.), men også ved enkelte øremerkede tilskudd, bidrag fra folketrygden og brukerbetaling. Rammefinansiering legger til rette for at den enkelte kommune ut fra lokale behov selv kan prioriterer ressursbruk mellom ulike tjenestoområder (bl.a. skole, barnehage, helse og omsorg). De frie inntektene fordeles mellom kommunene gjennom inntektssystemet (IS). Det overordnede formålet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere. Det gjøres ved å kompensere for variasjoner i kommunenes utgiftsbehov og delvis utjevne variasjoner i skatteinntekter mellom kommuner. Inntektssystemet fordeler i hovedsak midler mellom kommunene ut fra objektive kriterier.

Privatpraktiserende allmennleger som har avtale med kommunen (fastleger) finansieres ved basistilskudd fra kommunen (30 pst.), refusjoner fra folketrygden (35 pst.) og egenbetaling fra pasientene (35 pst.). Legetjenesten ved sykehjemmene finansieres i sin helhet av kommunene. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen finansieres via driftstilskudd (25 pst.), refusjoner fra folketrygden (utgjør nå om lag 58 pst.) og egenandeler inkludert frikortordningen (omlag 17 pst.). Finansieringsandelene er for avtalefysioterapeutene samlet. Det er store variasjoner i hvilke andeler de tre finansieringskildene utgjør for hver fysioterapeut. Forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd vil bli endret fra 1. juli 2009. Jordmødrene er med få unntak ansatte i kommunene og finansieres gjennom ordinær lønn fra kommunene.

9.4 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Regjeringen vil innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Det vurderes tre ulike innretninger av modellen. En generell medfinansiering for alle diagnoser og aldre, en

avgrensning knyttet til diagnose, og en aldersbasert avgrensning.

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette finansieres ved å overføre deler av tilskuddene til de regionale helseforetakene som nå går direkte fra stat til regionale helseforetak over til kommunene.

For alle andre grupper enn somatiske pasienter vil liggedøgn/polikliniske takster i første omgang være grunnlaget for medfinansiering, mens DRG er grunnlaget for somatiske pasienter. I utgangspunktet vurderes en medfinansieringsandel på 20 prosent ved alle innretningene. En lavere kommunal medfinansieringsandel vil redusere den betalingsmessige risikoen for små kommuner, men vil også redusere insentivene i ordningen. En så stor systemomlegging som innføring av kommunal medfinansiering må ha et omfang som sannsynliggjør at de tilskattede insitamenteffekter virker over tid.

Økt økonomisk ansvar kan bevisstgjøre kommunene på systemnivå om kostnadene ved helsetjenesten generelt, og spesialisthelsetjenesten spesielt. En medfinansiering skal være et insentiv til å organisere og tilrettelegge tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON) og kartlegge det totale omfanget av helsetjenester. Kommunene har selv best kjennskap til alle kommunale forhold og virkemidler også utenfor helsesektoren som kan påvirke atferd. Modellen vil kunne gi ønskede prioriteringsvridninger, ved at kommunene ser kostnader forbundet med forebygging, behandling, rehabilitering og velferdstap i sammenheng.

Forebygging krever langsiktig arbeid ved at det for mange forebyggingstiltak vil gå tid mellom når tiltak settes inn og når effekt oppnås. Tiltak med god samfunnsmessig effekt vil i et kortsiktig perspektiv framstå som kostnader, og det vil først være i et langsiktig tidsperspektiv at den positive kost-nytte-effekten framstår.

Kostnadene til helsetjenester for hver enkelt kommune vil variere fra år til år grunnet variasjoner i innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester. Årlige tilfeldige variasjoner kan sees på som en økonomisk risiko for en kommune. Jo større kommunene er, desto lavere vil variasjonene fra år til år være. Denne variasjonen vil særlig kunne gi uheldige utslag for mindre kommuner men det er også variasjoner mellom kommunene, uavhengig av befolkningsstørrelse. I det videre arbeidet vil det legges vekt på å se befolkningsmengde opp mot den innretning og eventuelle risikoreduserende tiltak som legges til grunn for kommunal medfinansiering. Innføring av kommunal medfinansiering

forutsetter at det finnes løsninger som innebærer at risikoen for små kommuner ikke blir for stor.

9.4.1 Sentrale forhold i det videre utredningsarbeidet

I den nærmere utformingen av ordningen med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil avveining og tilpasning mellom følgende forhold stå sentralt:

- *Insitamenteffekter.* Innretningen på finansieringsordningene skal inspirere kommunene til å vurdere egen helseinnsats i et helhetlig faglig og samfunnsøkonomisk perspektiv. Det vises til omtalen foran om at det er departementets oppfatning at den faglige innretningen på mange av kommunens aktiviteter kan ha mulighet til å påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, særlig for enkelte aldersgrupper og diagnoser.
- *Risikovirkninger for kommunene.* Kommunene skal samlet eller enkeltvis ikke utsettes for uakseptabel risiko. Dette innebærer at den økonomiske risikoen ved ordningene ikke må tillates å gi utslag som kan gi urimelige og ukontrollerte utslag for kommunenes økonomiske situasjon. Tre elementer vil her stå sentralt. For det første omfang og endringer av kommunenes bruk av sykehustjenester for sin befolkning og hvor mye faktiske og relative forhold kan skape urimelig usikkerhet for kommuneøkonomien. For det andre hvordan det kan brukes risikoreduserende tiltak for å sikre at økonomisk risiko ligger innenfor akseptable rammer. For det tredje hvordan faglig samarbeid mellom kommunene, og at dette også kobles opp mot systemer for økonomisk risikodeling mellom kommunene, kan redusere risikoen for de små kommunene.
- *Effekter for pasientene* også i forhold deres behov for gode og sikre spesialisthelsetjenester. I dette perspektivet er det en viktig forutsetning at et opplegg med kommunal medfinansiering ikke skal endre dagens situasjon at det er de ulike helsefaglige aktørene, slik som fastlege, legevakt og fagpersonell i tilknytning til sykehjem, som bestemmer når det er aktuelt å gjøre bruk av sykehus eller andre spesialisthelsetjenester. Når kommunene, med utgangspunkt i generell kommuneøkonomi og også midlene som tilføres som ledd i den kommunale medfinansieringen, skal vurdere kommunale tiltak som kan gi en samlet vurdert bedre helsetjeneste til pasientene, må de ta

hensyn til at dagens premisser for styring av pasienter til sykehusene vil bli videreført. Noe annet er at kommunene gjennom bedre tilretteleggelse og understøttelse av de faglige aktørene har mulighet til å bidra til at den samlede helsetjenesten blir bedre og at det blir en riktigere bruk av sykehusenes tjenester. En vil ha årvåkenhet på om praksis gir den sikkerhet som trengs i forhold til at pasienter, innenfor de fastsatte nasjonale rammer, får nødvendig sykehusbehandling.

Dersom kommunal medfinansiering skal virke etter hensikten må en rekke forutsetninger være til stede, bl.a. følgende:

- Kommunene må kunne påvirke omfanget av innleggelser og behandling, jf. nærmere omtale foran.
- Kommunenene/samarbeidende kommuner må ha tilstrekkelig størrelse til å kunne håndtere risiko.
- Forventet gevinst som følge av medfinansieringen alene må veie opp for risikoen knyttet til en så stor omlegging, herunder risiko for kommunene, økt kompleksitet i systemet, hensynet til overordnet styring av en stor og tung sektor, faren for spill mellom aktørene mv.
- Kommunene må ha tilstrekkelige verktøy i form av både ressurser, kompetanse, kommunal styring over fastlegene og relevante øvrige oppgaver.
- Ordningen må være enkel og oversiktlig både for kommunene og sentrale myndigheter. Videre må ordningen være kostnadseffektiv; besparelsene ved økt kommunale innsats må være større enn transaksjonskostnadene ved en betalingsordning (faktureringsystem) som omfatter pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Kommunale styringsdata

Det vil legges vekt på å veilede og informere kommunene om hvilke tiltak som kan forventes å være kostnadseffektive og legge til rette for oppfølging på kvalitet og økonomi i de nye kommunale helse tilbudene, slik at etablering av kommunale helsetilbud ikke øker samfunnets samlede kostnader til helsetjeneste. Kommunal medfinansiering forutsetter at kommunene får tilgang på relevant styringsinformasjon, slik at de har et grunnlag for å vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring. Dette vil være oppdaterte data på aktuelle pasientgrupper, oppholdstype (innleggelse, dagbehandling, poliklinikk), gjennomsnittlig liggetid,

alderssammensetning og utskrivningsklare pasienter mv.

9.4.2 Nærmere vurdering av de ulike innretningene

Generell medfinansiering for alle diagnoser og pasientgrupper

En generell medfinansieringsmodell vil omfatte alle diagnoser og pasientgrupper innenfor somatikk, rus, psykisk helsevern og rehabilitering. Det er departementets oppfatning at kommunene har gode muligheter for å påvirke samfunnets bruk av sykehustjenester, noe som er et argument for at en kommunal medfinansiering bør omfatte all behandling i spesialisthelsetjenesten. En så stor systemomlegging som innføring av kommunal medfinansiering må ha et omfang som sannsynliggjør at de tilsiktede insitamenteffekter virker over tid.

Ved en generell modell vil den kommunale medfinansieringsandelen (forutsatt 20 pst. medfinansieringsandel) utgjøre om lag 13 mrd. 2009-kroner, basert på nivået i 2009. Av dette utgjør somatikk 10 mrd. kroner og psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering 3 mrd. kroner.

Nøytralitet i finansieringen er viktig for å unngå økonomiske tilpasninger i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Ulike analyser viser at variasjonen reduseres med økende befolkningsmengde, der enkelte analyser indikerer at risikoen ved en generell innretning blir håndterlig ved befolkningsmengder på omtrent 10 000 innbyggere – andre analyser indikerer omtrent 20 000 og oppover. En trafikkskadd pasient eller uforholdsmessig mange kreftpasienter vil eksempelvis kunne gjøre urimelige utslag på kommuneøkonomien i en liten kommune. Risiko knyttet til særskilt kostbar behandling kan håndteres ved å sette tak, eller en maksimal betaling for disse oppholdene.

Avgrensning knyttet til diagnose og avgrensning knyttet til alder

Et mulig alternativ til en generell innretning er å etablere en avgrenset ordning som ikke omfatter all behandling og alle pasientgrupper, for eksempel en modell som innrettes mot pasientgrupper og pasientbehandling det antas at kommunene vil kunne påvirke nå og i framtiden. Det vurderes avgrensninger der den kommunale medfinansieringen knyttes hhv. til diagnose eller alder.

Forebygging og tidlig intervensjon overfor pasientgrupper som eldre over 80 år, kronikere og

livsstilsykdommer vil kunne påvirke sykdomsforløpet og gi et potensiale for å redusere antall innleggelser i sykehus. Det kan argumenteres for at kommunen kun bør ha medfinansieringsansvar for behandlinger den selv kan forebygge eller selv kan utføre. Det kan derfor argumenteres for å målrette medfinansieringen mot enkelte diagnosegrupper eller alder.

Den kommunale medfinansieringsandelen vil ved en aldersspesifikk modell, for eksempel knyttet til pasienter over 80 år, utgjøre anslagsvis 2,5 mrd. kroner (forutsatt en medfinansieringsandel på 20 pst.). Dersom avgrensningen er basert på alder, vil en kunne unngå uheldig kodepraksis eller overforbruk av de diagnosekodene som gir best økonomisk uttelling for spesialisthelsetjenesten.

En avgrensning både i forhold til alder og i forhold til diagnoser vil innebære at medfinansieringen vil bli mindre omfattende og vil således redusere den økonomiske risikoen for kommunene. En slik ordning gir mindre risiko for kommunene knyttet til svingninger, ettersom omfanget av ordningene går ned. Det kan også argumenteres for at en avgrenset modell inneholder elementer som gjør det enklere for kommunene siden denne eksplisitt angir hvilke pasientgrupper kommunene skal forholde seg til, og iverksette nødvendige tiltak overfor. Det vil også være enklere å kartlegge effekten av kommunal innsats innen en avgrenset modell, siden en slik innretning vil ha mindre komplekse årsaksforhold.

Avgrensning vil imidlertid redusere kommunenes incentiv til å kartlegge bruken av spesialisthelsetjenester generelt og til å vurdere forebyggende tiltak og tidlig intervensjon for de gruppene som ikke omfattes av ordningen og generelle forebyggende tiltak utenfor helsesektoren. Det kan være vanskelig å definere hvilke diagnoser eller behandlinger som skal omfattes av en medfinansieringsordning, blant annet fordi pasienten ofte behandles for en følgetilstand av sin opprinnelige diagnose og ikke for diagnosen i seg selv. Erfaringene fra sykestuene og de såkalte «intermediærenhetene» tilsier at den samfunnsøkonomiske effekten av slike tiltak er langt sterkere knyttet til pasientens funksjonsnivå og potensial for økt mestring, enn av hvilke diagnose som var årsaken til innleggelsen.

Dette er forhold som vil bli vurdert i det videre arbeidet med utforming av modellen.

9.4.3 Risikoreduserende tiltak for alle innretningene

Den økonomiske risikoen for mindre kommuner tilsier at man i det videre arbeidet vurderer innret-

ning og omfang på medfinansiering, herunder om det bør legges opp til en gradvis innfasing og innføring av takordninger, der det kan settes en maksimal betaling for hver pasientbehandling. Dette vil redusere risikoen knyttet til særskilt kostbar behandling. Analyser viser imidlertid at maksimal betaling ikke i nevneverdig grad reduserer variasjonen mellom kommuner og mellom år. Dette kan tyde på variasjonen først og fremst skyldes volum. En takordning bør derfor eventuelt suppleres av andre tiltak. I det videre arbeidet må konsekvensene av en takordning utredes nærmere.

I utgangspunktet vurderes en medfinansieringsandel på 20 prosent ved alle innretningene. En lavere kommunal medfinansieringsandel vil redusere den betalingsmessige risikoen for små kommuner, men vil også redusere insentivene i ordningen.

Den norske organiseringen med mange små kommuner og to forvaltningsnivåer øker risikoen. Kommunestrukturen med mange små kommuner med liten økonomisk bæreevne for håndtering av utgiftsvariasjoner er en utfordring. Danmark og Sverige har håndtert dette gjennom henholdsvis kommunesammenslåing og å samle helsetjenesten på ett forvaltningsnivå. Finland har håndtert dette ved å samle helsetjenesten i kommunene og brukt lovverkemiddelet til å dele landet inn i sykehusdistrikter (348 kommuner og 20 sykehusdistrikter). I Norge må dette møtes ved stabilt interkommunalt samarbeid.

For mindre kommuner vil det derfor være nødvendig å inngå interkommunale samarbeid for å imøtekomme kostnadsvariasjonene. Eksempelvis kan kommunene i en samarbeidsavtale avtale at de deltakende kommunenes totale utgifter til medfinansiering skal fordeles på hver av kommunene etter forhåndsdefinerte kriterier (f.eks. befolkningsstørrelse/–struktur, helsetilbudet i kommunen mv.).

9.4.4 Videre arbeid før valg av innretning

Departementet vil arbeide videre med den konkrete innretningen på ordningen, herunder størrelse på medfinansieringsandelen, eventuelle risikoreduserende tiltak, modell for håndtering av pengestrømmer mellom kommuner og regionale helseforetak og modell for beregning av kommende års overføringer til kommunene. Et sentralt spørsmål vil også være hvordan kommunene i framtidige år skal kompenseres for en ventet aktivitetsvekst i sykehusene. I Danmark inngår det danske KS (KL) og Sundhetsministeriet årlige avtaler om forventet aktivitet i spesialisthelsetje-

nesten, som ligger til grunn for størrelsen på overføringene til kommunene.

Regjeringen vil etter at stortingsmeldingen er behandlet av Stortinget foreta endelige vurderinger av modellens innretning og hvordan implementeringen skal gjennomføres for å sikre en faglig og budsjettmessig forsvarlighet. Før endelig løsning velges, vil det bli gjennomført høringsrunde med berørte instanser som vil inngå i underlaget for det endelige valget av framtidig finansie-

Boks 9.2 Erfaring fra kommunal medfinansiering i Norge – opphold i statlige barnevernsinstitusjoner

Kommunene skal i henhold til dagens regelverk betale en del av kostnaden ved opphold i barnevernsinstitusjoner og for plassering i fosterhjem (eksklusive Oslo kommune). Det er den kommunale barneverntjenesten som avgjør om et barn har behov for en institusjonsplass eller om behovene kan avhjelpes ved andre tiltak. Kommunale egenandeler er fra 2008 utformet slik at de i større grad stimulerer til ønsket vridning fra institusjon til fosterhjem og nærmiljøbaserte tiltak. I 2009 er kommunenes egenandeler for barn under behandling av statens barnevern 32 324 kroner per barn per måned for tiltak i institusjon. For andre tiltak er egenandelen på 25 260 kroner per barn per måned. Kommunal egenandel for behandlingstilskuddet Multisystemisk terapi (MST er en forskningsbasert behandlingsmodell rettet mot ungdom med alvorligere atferdsproblemer) er 12 630 kroner. Årsaken til at satsen for MST er lavere, er for å stimulere kommunen til å ta i bruk hjelpetiltak i hjemmet.

Gjennomsnittlig kostnad på en institusjonsplass i barnevernet er på om lag 6–6500 kroner per døgn, dvs. om lag 190 000 kroner per måned. Den kommunale delbetalingen utgjør dermed om lag 17 pst. Totalt utgjorde de kommunale egenandelene til barnevernet 763 mill. kroner i 2008. I tillegg refunderer staten kommunene for utgifter til kommunale tiltak og forsterkning i fosterhjem utover egenandelen for kommunene. Dette vil ofte være en bedre løsning for barnet samtidig som det er økonomisk gunstig for staten. I 2008 ble det gitt refusjoner for 128 mill. kroner fra staten til kommunene for denne ordningen.

ringssystem. Det tas sikte på at ordningen iverksettes fra 2012, men med utgangspunkt i det innfasingsopplegg som velges.

9.4.5 Mulig innfasing

Den økonomiske risikoen for små kommuner i overgangen fra dagens situasjon fram til ønsket framtidig situasjon, sammen med behovet for å få sterkere styring med fastlegene, tilsier at det bør vurderes en gradvis innføring av kommunal medfinansiering. For kommunene vil en gradvis innfasing redusere den økonomiske risikoen og sikre at det gis nødvendig handlingsrom for å få på plass nødvendige styringstiltak. Med en gradvis innfasing vil en også kunne høste erfaringer underveis.

En gradvis innføring kan innebære at man første år legger opp til en mindre medfinansieringsandel og en økning over en viss periode. Dette vil redusere overgangsrisiko, men det vil ta lengre tid før kommunene stimuleres til alternativtenkning. Det er også mulig å se for seg en trinnvis innfasing basert på pasientgrupper (psykisk helse, rus, rehabilitering, somatisk pasientbehandling), en innretning basert på diagnose eller alder som beskrevet ovenfor, eller at man innfører kommunal medfinansiering for større kommuner først.

9.5 Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter

Regjeringen vil:

- overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten til kommunene fra 2012

9.5.1 Dagens ordning og omfang

Analysen basert på pasientdata for somatisk virksomhet i 1. og 2. tertial 2008 tilsier at omfanget av utskrivningsklare pasienter tilsvarer 19 000 opphold og omlag 145 000 liggedøgn. Tilsvarende gir en kartlegging foretatt høsten 2008 blant landets regionale helseforetak et anslag på 150 000 somatiske liggedøgn. Legedekning i sykehjem, dekningsgraden av institusjoner, boliger for eldre over 80 år og sykehusenes lokalisering påvirker liggetiden i sykehus. Omfanget av liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er størst ved mindre lokalsykehus, og størst i byer over 100 000. Det er imidlertid store variasjoner mellom sykehusene. Tilsvarende viser estimerte tall fra SINTEF at mellom 4–500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare. Til-

svarende tall for tverrfaglig spesialisert behandling finnes per i dag ikke, men departementet vil utrede dette nærmere.

I dag er det en betalingsforskrift som gir helseforetakene mulighet til å kreve betaling fra kommune for disse pasientene, dersom ikke annet er avtalt. Betaling kan kreves fra ti dager etter at kommunen skriftlig er varslet om at pasienter er utskrivningsklare. Svært ofte planlegger kommunene uten samarbeidsavtale ikke mottak av pasienten før de har mottatt melding om utskrivningsklar dato fra sykehuset. Det er særlig sykehusenes vertskommuner som på denne måten utnytter sykehusenes sengekapasitet. De aller fleste kommuner og helseforetak har inngått avtaler på dette området, og bruken av forskriften er rapportert å være fallende. Basert på regnskapsdata fra helseforetak og sykehus i 2007 var det inntektsført om lag 40 mill. kroner for utskrivningsklare pasienter.

Gjennomsnittlig døgnkostnad på sykehus for utskrivningsklare somatiske pasienter er ut fra lokale data beregnet til 5000 kroner, mens døgnkostnad på en intermediær avdeling på sykehjem er beregnet til 1575 kroner, og døgnkostnad for en langtidsplass på sykehjem ligger på om lag 1100 kroner. Det foreligger ikke sikre KOSTRA-tall for nettodriftsutgifter per døgn for kommunale institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Netto driftskostnader, eksklusive kapitalkostnader, varierer fra 1100 til om lag 1800 kroner i 2007 avhengig av driftsform og størrelse på sykehjemmet¹. Årskostnaden for liggedagene til utskrivningsklare pasienter basert på gjennomsnittlig døgnkostnad, er estimert til 725 mill. kroner. Dersom liggedagene hadde vært på intermediære avdelinger på sykehjem, tilsier ovennevnte anslag på døgnkostnad at samlet kostnad ville vært omlag 220 millioner kroner. Det bemerkes at tallene som er anslått for behandlingskostnader i sykehus og sykehjem er beheftet med stor usikkerhet.

Det arbeides med å estimere anslag for driftskostnader for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern.

9.5.2 Konkret modell

Regjeringen vil overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fullt og helt til kommunene fra og med 2012, hvilket betyr at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklar. Poenget er ikke å straffe kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, men å etablere en riktigere insitamentsituasjon for kommunene. Samlet for kommunesektoren vil de i forbindelse med innføringen av ordningen få tilført midler som svarer til sykehuskostnadene for de utskrivningsklare pasientene. I prinsippet kan de velge å videreføre omfanget av utskrivningsklare pasienter i sykehus og betale kostnadene ved dette. Samtidig vil det ligge et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak.

Endringen finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Dette vil forutsette endring i betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter. Før en pasient kan defineres som utskrivningsklar til primærhelsetjenesten, må alle momenter iht. definisjonen av utskrivningsklar pasient være innfridd. Kommuner og sykehus må i samarbeid utarbeide klare kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og kriterier for re-innleggelser. På spesielt krevende pasientgrupper må det avtales et rimelig tidspunkt for utskrivning. Videre bør epikrise fra lege med medikamentopplysninger, resepter og rapporter fra alle aktuelle faginstanser forutsettes å foreligge ved utskrivning.

Det må etableres systemer for å håndtere situasjoner der partene ikke kommer til enighet om pasientens funksjonstilstand og behov for tiltak etter utskrivning. Det må også etableres systemer for å håndtere uenighet av prinsipiell karakter.

Det er behov for et eget utredningsarbeid knyttet til utskrivningsklare pasienter innenfor psykiske helsetjenester. SINTEFs pasientelling for 2007 viste at nærmere 1/3 av pasientene som hadde et døgntilbud i psykisk helsevern hadde hatt bedre utbytte av et alternativt tilbud. Det er særlig en stor andel av pasienter innlagt på sykehusavdelinger, som burde hatt et alternativt tilbud i DPS i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Dette kan peke i retning av at vi ved en bedre utbygging i kommunene, og videreutvikling av det ambulante og polikliniske tilbudet ved DPSene, vil kunne redusere behovet for døgnplasser i sykehus. Det

¹ I en kostnadsanalyse av eldre pasienter av i sykehus eller i intermediæravdeling i sykehjem er det med utgangspunkt i regnskapsdata for 2004-2005 beregnet en gjennomsnittlig døgnkostnad på sykehus (St. Olav) på 4400 kroner, døgnkostnad intermediær avdeling på sykehjem på 1370 kroner og døgnkostnad langtidsplass på sykehjem på 835 kroner (Garåsen et al 2008). I 2008-kroner utgjør døgnkostnadene for sykehus ca. 5000 kroner og for intermediær sykehjemsplass ca. 1575 kroner. KOSTRA skiller ikke mellom kostnader for drift av sykehjem og barneboliger og avlastningsboliger

er behov for å avklare begrepet «utskrivningsklar» i forhold til disse utfordringene, herunder kartlegge hvilke behov for fortsatt oppfølging av psykisk helsevern denne gruppen har. De økonomiske insentiver, både i forhold til definisjonen av utskrivningsklare og knyttet til medfinansieringsmodellen, må innrettes på en slik måte at de understøtter behovet for en vesentlig utvikling av det kommunale bo- og oppfølgingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Samtidig må insentivene understøtte det pågående omstillingsarbeidet i psykisk helsevern fra fokus på langtids institusjonsbehandling til økt fokus på lokalbasert, ambulant oppfølging og behandling.

Dette forslaget vil i stor grad ha samme fordele og utfordringer som kommunal medfinansiering. Den setter kommunene i stand til å gjøre reelle valg mellom å betale for pasienten i sykehus eller å opprette et eget tilbud i egen kommune eller i et interkommunalt samarbeid. Økt innsats på kommunalt nivå til forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, riktig behandling til riktig tid i kommunen, vil bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelser – og dermed vil også omfanget av utskrivningsklare pasienter reduseres.

Det er spesielt små kommuner som er utsatt for risiko ved en slik endring, ikke minst ut fra behovet for kompetanse. Dette trekker også her i retning av interkommunale samarbeidsordninger.

9.6 Reduksjon av innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten

Regjeringen vil:

- redusere den samlede aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) av regionale helseforetak fra 40 til 30 pst. fra 2012

For den somatiske spesialisthelsetjenesten dekker ISF ordningen 40 pst. av aktivitetsøkningen. Det er antall sykehusopphold som gir inntekt og ikke antall liggedøgn i sykehus. Dette motiverer til å oppnå et gitt aktivitetsnivå på en mest mulig effektiv måte og redusere liggetiden både før og etter behandling. Aktivitetsbasert finansiering av somatisk virksomhet gir imidlertid isolert sett ikke insentiver til å hindre unødige innleggelse eller prioritere forebyggende arbeid. På de fleste områder vil en ISF-sats på 40 pst. være lavere enn marginalkostnadene, men innenfor enkelte områder med overkapasitet kan marginalkostnadene være lavere enn ISF-refusjonen og aktivitetsbasert finansiering gi insitamenter til å senke terskelen for inn-

leggelser og søke nye pasientgrupper for å opprettholde aktivitetsnivået. Med en uttalt målsetning om at større andel av behandlingen skal skje i kommunene, er det behov for å vurdere insentivordningen også i sykehus.

Aktivitetsbasert finansiering bør fremdeles være en viktig del av finansieringen av spesialisthelsetjenesten, men med bakgrunn i den vekt som framover skal legges på forebygging og tidlig intervensjon foreslår regjeringen å redusere ISF-andelen fra 40 til 30 pst. og øke basisfinansieringen tilsvarende. Dette tiltaket vil ikke alene gi insentiv til endringer i det kommunale tjenestetilbudet, men vil sett i sammenheng med de øvrige virkemidler bidra til at partene søker mot gode løsninger.

9.7 Annet utviklingsarbeid

9.7.1 Ambulant virksomhet

Rammebetingelsene for spesialisthelsetjenesten må i størst mulig grad legge til rette for å nå pasientene også utenfor sykehus. Fra 1. januar 2009 åpner regelverket for innsatsstyrt finansiering i større grad å omfatte helsehjelp utført av flere helsepersonellgrupper som kan utløse refusjon gjennom innsatsstyrt finansiering. En slik omlegging fører til større fleksibilitet i bruk av personellressursene i sykehus og vil blant annet komme pasienter med kroniske sykdommer til gode.

Regelverket for 2009 åpner også for i større grad å inkludere ambulant virksomhet i innsatsstyrt finansiering. Det vil si polikliniske kontakter som gjennomføres av en virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, utenfor virksomhetens fysiske lokaler, men med bruk av virksomhetens personell. Polikliniske kontakter som gjennomføres i pasientens hjem, eller i sykehjem, er eksempler på aktivitet som regnes som ambulant behandling. Det er viktig å se dette i sammenheng med at man i større grad åpner for at helsehjelp utført av ulike helsepersonellgrupper kan utløse ISF-refusjon fordi ambulante tjenestene i hovedsak utføres av annet helsepersonell enn lege.

Endringene i ISF regelverket har rettet opp svakheter i systemet og legger til rette for å kunne gi et bedre tilbud til pasientene, og for at tilbudet kan organiseres på en fleksibel og mer kostnadseffektiv måte.

9.7.2 Sykestuer i Finnmark

Det er fra 2009 etablert en forsøksordning med aktivitetsbasert finansiering av sykestuer i Finnmark. Forsøksordningen skal omfatte spesialist-

helsetjenester som utføres i kommunale sykestuer og det tas sikte på at prosjektperioden skal strekke seg over anslagsvis to år, med mulig opsjon for utvidelse til tre år. Samtlige 16 sykestuekommuner deltar. Finansieringsordningen for sykestuene forutsettes avgrenset til sykestueopphold som erstatter sykehusopphold, og som har et faglig innhold utover det som forutsettes levert av kommunehelsetjenesten.

De enkelte helseforetak og kommuner har inngått en konkret avtale om driften av sykestuene hvor både de innholdsmessige og økonomiske forholdene er ivaretatt. Samarbeidsavtalene er stimulert gjennom ekstra statlig finansiering. Erfaringene fra dette prosjektet vil brukes til å vurdere tilsvarende ordninger for eksempel for intermediære sengeposter eller andre samarbeidstiltak.

9.7.3 Bedre integrering av avtalespesialistene

Avtalespesialistene utgjør en betydelig del av den samlede polikliniske aktiviteten. Nasjonalt utfører avtalespesialistene i somatiske fagområder 36 pst. av den totale polikliniske aktivitet og avtalespesialistenes produktivitet er gjennomgående høy.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) varslet Helse- og omsorgsdepartementet at *«det vil sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks «sørge for»-ansvar og for å videreføre ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister.»*

Departementet har vurdert ulike modeller for slike rammebetingelser. Arbeidet har foregått i kontakt med Legeforeningen, Psykologforeningen, regionale helseforetak og Helsedirektoratet.

Regjeringen har besluttet at det skal arbeides videre med en modell der forhandlingsansvaret for takstsystemet til avtalespesialistene flyttes fra staten til de regionale helseforetakene. Denne modellen innebærer at staten overfører midler til de regionale helseforetakene, tilsvarende aktiviteten som utføres av avtalespesialistene. Modellen innebærer også at disse utgiftene flyttes ut fra folketrygden. Slik gjøres det i dag for aktivitet utført ved helseforetakenes poliklinikker. Regjeringen mener at en slik endring vil legge til rette for å integrere avtalespesialistene i «sørge for»-ansvaret på en bedre måte enn i dag.

9.8 Alternative finansieringsmodeller

Dagens organisering av helsetjenestene i to forvaltningsnivå er en utfordring fordi behandling relatert til det samme forløpet i stor grad knyttes til to separate beslutnings- og prioriteringssystemer, noe som innebærer risiko for at det tas beslutninger som er dårlig tilpasset helheten i behovene og at tiltakene er dårlig koordinerte i forhold til hverandre. Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert alternative modeller hvor helsetjenesten enten legges inn under ett ansvarspunkt i kommunene eller finansieres i sin helhet gjennom regelstyrte vedtak som utløser finansiering av behandlingsprogrammer på tvers av forvaltningsnivåen, i form av en forsikringsbasert finansiering av helsetjenesten.

9.8.1 Pengene følger pasient

En slik modell innebærer at det opprettes en lokal statlig enhet etter modell av trygdeforvaltningen som har «sørge for»-ansvaret. Pasienten gis «en dør» inn til helse- og omsorgstjenestene. Organisasjonen fatter vedtak på grunnlag av et velutviklet regelverk. Vedtakene utløser statlig finansiering av enkeltkonsultasjoner, pasientforløp og behandlingsprogrammer på tvers av forvaltningsnivåene. Ordningen kan sammenliknes med et system der pasienten får en «voucher» som kan løses inn hos ulike tilbydere av tjenester, både statlige, kommunale og private i bytte mot helsetjenester. Finansieringen vil være aktivitetsbasert i den forstand at flere pasienter og mer behandling utløser mer penger fra staten.

En forutsetning for modellen er velutviklede pasientklassifiseringssystemer. Internasjonalt finnes det tilgjengelige pasientklassifikasjonssystemer for pleie- og omsorgssektoren (RUG/RAI) og for rehabilitering som ikke er iverksatt i Norge. I pleie- og omsorgssektoren kan IPLOS fungere som et pasientklassifikasjonssystem. Per i dag er det ikke utviklet tilfredsstillende pasientklassifikasjonssystemer for inneliggende pasienter innen psykiatrisk behandling og rusbehandling.

En slik ordning med at pengene følger pasienten vil lettest kunne operasjonaliseres i forhold til *vilkårene* for å få en ytelse, mens det for mange tjenester er vanskeligere å knytte rettigheter til *omfanget* av ytelsene. Omfanget av ytelsene vil derfor langt på vei bestemmes av de som utfører tjenestene. Full aktivitetsbasert finansiering (med marginalinntekter som dekker marginalkostnadene) vil trekke i retning av høyt omfang på tjenestene.

Denne modellen vil under forutsetning av at rettighetene settes på en måte som avpasser nivået på ytelsene til dagens landsgjennomsnitt, heller ikke (i gjennomsnitt) endre tilgangen til tjenestene.

Siden en i modellen har etablert organisasjoner med et helhetsansvar for pasienten vil vi anta at koordineringen mellom ulike typer av tjenester vil bli bedre enn i dagens modell. Dette forutsetter imidlertid at det etableres enheter eller personer innen hver av organisasjonene som har dette ansvaret.

Fordeler og ulemper ved at utgiftene til eldreomsorgen finansieres av folketrygden, på lik linje med uførepensjon, sykepenger, arbeidsledighetstrygd og alderspensjon – som et system der pengene følger bruker – der brukeren selv velger leverandør av de godkjente omsorgstjenester er også utredet og vurdert ifm. St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening – Om framtidens omsorgsutfordringer.

9.8.2 En modell med kommunalt helhetsansvar («den finske modellen»)

En slik modell innebærer at kommunene tildeles «sørge for»-ansvaret for alle helse- og omsorgstjenester. Som en konsekvens får kommunene tilført midlene som i dag går til de regionale helseforetakene i form av en risikojustert ramme.

Siden kommunen har totalansvaret for pasientene og bærer de fulle kostnadene ved alt forebyggende og kurativt arbeid vil modellen gi sterke incentiver til å drive kostnadseffektivt. Med dagens kostnadsnivå i primær- og spesialisthelsetjenestene vil dette trekke i retning av mer vekt på forebyggende helsearbeid og oppbygging av tilbud som kan holde pasientene borte fra spesialisthelsetjenestene (og ute fra sykehjemmene).

En slik modell vil ha likhetstrekk med den finske løsningen hvor kommunalt helhetsansvar er

kombinert med en kommunestruktur tilsvarende den norske kommunestrukturen. For å kunne håndtere risiko vil modellen innebære færre og større kommuner og utstrakt bruk av lovverkemiddelet for å pålegge kommunalt samarbeid om driften av spesialisthelsetjenester og kostnader til særlig kostnadskrevende behandling.

9.8.3 Vurdering av modellene

Begge modellene innebærer at ansvaret for helse-tjenestene legges til ett ansvarspunkt. Modellene vil bidra til å styrke både tilgangen til helsetjenester og understøtte helhetlige pasientforløp. En modell der pengene følger pasienten vil gi store utfordringer særlig knyttet til kostnadskontroll, kapasitetsplanlegging og riktig prioritering i forhold til andre viktige velferdstilbud. Ordningen må finansieres med overslagsbevilgning, noe som gir dårlig samfunnsmessig kontroll med de samlede utgiftene. En stor risiko ved modellen er at den skal virke sterke drivende mot «overbehandling», altså det motsatte av LEON-prinsippet (som i denne meldingen er kalt BEON-prinsippet; beste effektive omsorgsnivå). Regelstyringen vil i praksis definere minimumsnivåer, og ikke det motsatte. Denne modellen vil heller ikke gi sterke incentiver til tidlig intervensjon eller forebygging, fordi etablert sykdom vil være «inngangsporten» for å få dekket kostnader.

Modellen med kommunalt helhetsansvar vil innebære en avvikling av dagens foretaksmodell med statlig eierskap til sykehusene. I tillegg vil denne modellen kreve endringer i dagens kommunestruktur i kombinasjon med utstrakt bruk av lovverkemiddelet for å pålegge kommunene å samarbeide om sykehusdrift, og håndtering av økonomisk risiko knyttet til særlig kostnadskrevende pasientbehandling. Regjeringen foreslår ikke en slik omfattende endring.

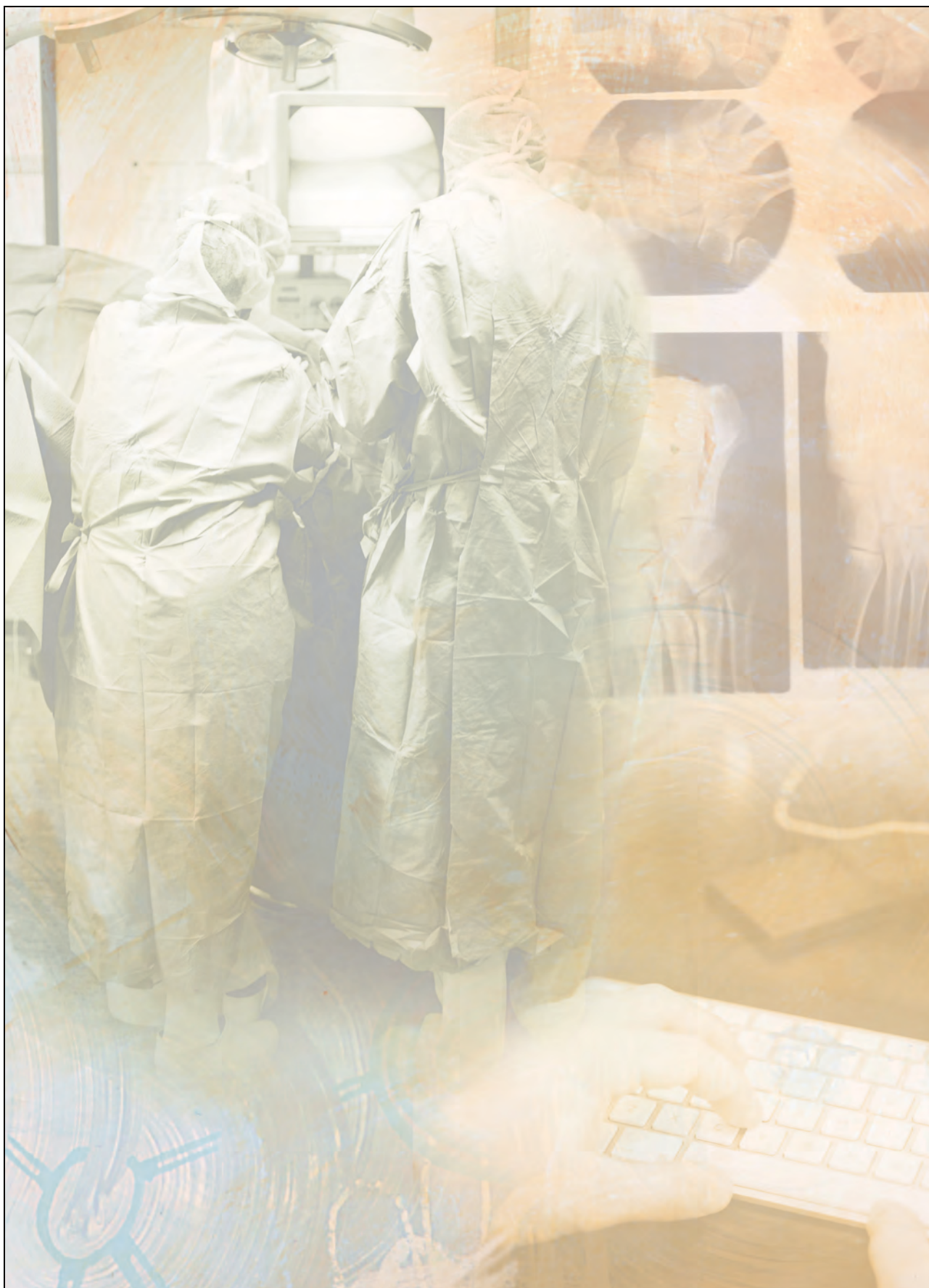
**Figur 10.1**

Foto: © Mikkel Østergaard/Samfoto. © Henriette Berg-Thomassen

10 Spesialisthelsetjenestens organisering og oppgaver

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Nærmere bestemmelser om hvem som har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er fastsatt i pasientrettighetsloven § 2–1.

Ansvar for spesialisthelsetjenesten ble i 2002 overført fra fylkeskommunene til staten. I 2004 ble i tillegg ansvaret for ruspasienter overført fra fylkeskommunen til staten. Staten har organisert spesialisthelsetjenesten i fire regionale helseforetak som igjen eier helseforetak inkludert sykehusapotek organisert som foretak. I tillegg kommer tjenester som utføres av privat virksomhet; bl.a. private sykehus, laboratorie- og røntgeninstitutter, avtalespesialister, etter avtale med de regionale helseforetakene.

Det statlige eierskapet innebærer at departementet har full styringsmulighet overfor foretakene, innenfor de formelle rammer som lov om helseforetak setter for eierstyring. Tilsvarende har staten ubegrenset økonomisk ansvar for foretakenes virksomhet. Staten utøver sin formelle eierstyring gjennom foretaksmøter og oppdragsdokument, der det stilles vilkår til bevilgningene. De regionale helseforetakenes utøver tilsvarende styring overfor sine underliggende helseforetak og bruker i tillegg midler til kjøp fra andre tjenesteytere, blant annet fra private virksomheter.

10.1 Spesialisthelsetjenestens plass i samhandlingsreformen

En større satsing på kommunehelsetjenesten betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og oppgavene vil endres. Det blir en forskyvning av tyngdepunktet fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. Sykehusene skal være et ledd i en ubrutt tiltakskjede fra sentrale

myndigheter til kommunene, hvor de har oppgaver å løse både internt og eksternt. En framtidig situasjon der sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter, gir nye muligheter for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten som må utnyttes på en systematisk måte. Dette gir sykehusene bedre muligheter til å prioritere og videreutvikle sine faglige og organisatoriske konkurransefortrinn – som er å levere spesialiserte helsetjenester av høy internasjonal kvalitet. Spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanse ut til kommunene men også ta imot lærdom fra kommunene.

Det er Helse- og omsorgsdepartementets vurdering at samhandlingsreformen gir viktige utviklingsmuligheter for lokalsykehusene. Det må i dialog med kommunene, og med utgangspunkt i roller og oppgaver som utvikles for kommunene, finnes samarbeidsformer mellom sykehus og kommuner der lokalsykehusenes faglige og organisatoriske fortrinn videreutvikles. Dette gjelder deres nærhet til befolkningen, spesialistkompetanse og bredde i oppgaveporteføljen. For mange av helsetjenestene som vil antas å øke framover, blant annet helsetjenester til den økende eldrebefolkningen, vil det være helt sentralt for den samlede helse- og omsorgstjenesten at lokalsykehus og kommuner utvikler gode samarbeidsformer.

Samhandlingsreformen vil gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en like tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag, og samarbeidet med kommunehelsetjenesten må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå. Økonomisk kontroll blir viktigere enn noen gang. Den demografiske og epidemiologiske utviklingen gjør at det fortsatt vil være ressursvekst i spesialisthelsetjenesten. Men med den vekt som skal legges på utviklingen av kommunehelsetjenesten, må det etableres styringssystemer som gir enda bedre sikkerhet for at den økonomiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten skjer innenfor politisk vedtatte rammer.

Spesialisthelsetjenesten forvalter et betydelig omfang av spesialisert kompetanse som skal svare

for nødvendige behov for spesialiserte helsetjenester. Det bør stå sentralt i utviklingen av spesialisthelsetjenesten at den er i stand til å levere spesialiserte tjenester til befolkningen på et høyt internasjonalt nivå. Å utvikle et samarbeidsmønster mellom spesialisthelsetjeneste og kommune som understøtter spesialisthelsetjenestens / helseforetakenes kompetanse og rolle på sine kjerneoppgaver vil derfor stå sentralt i samhandlingsreformen.

Samhandlingsutfordringene er til stede både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom helseforetak og primærhelsetjeneste/kommuner. Tiltak bør derfor målrettes dette. Spesialisthelsetjenesten er i dag utpreget «søyleorganisert», med utgangspunkt i medisinsk spesialisering. Det er lite som understøtter det helhetlige behandlingsforløpet for pasienter med sammensatte tilstander. Det vil imidlertid fortsatt være slik at mange typer behandlinger skal løses innenfor en enkelt «søyle», eks. meniskoperasjoner og andre mindre kompliserte kirurgiske inngrep, som ikke i den grad krever koordinerte tjenester.

Dagens organisering er preget av vertikal tenkning og kompliserte henvisningsrutiner. Det vertikale organisasjonsprinsipp gjelder for organisasjonene, profesjonene, sykehusbyggene, utdanningen og forskningen. Dette kan gi pasientene følelsen av uforutsigbarhet i behandlingsforløpet, på områder der man burde forvente sammenhengende tjenester, og mangel på ansvar for det helhetlige pasientforløpet.

Det er også vesentlig å identifisere og iverksette tiltak som sikrer at spesialisthelsetjenesten understøtter kommunenes framtidige oppgraderte rolle og ansvar på best mulig måte.

10.2 Utvikling av spesialisthelsetjenesten

I *Nasjonal helseplan* formuleres den overordnede helsepolitikken og ved neste rullering av helseplanen bør det tydeliggjøres krav til utvikling av spesialisthelsetjenesten. Sentral helseforvaltning må avspeile de samme prinsipper og legge opp til å støtte opp om ledelse, strategier og drift i kommuner og sykehus. Myndighetsstyringen må legge premissene for at de faglige behandlingsforløpene kan ivareta brukernes/pasientenes behov på en helhetlig måte. Viktige oppgaver for dette nivået er å avklare prioriteringsspmå. Utdanning og forskning må følge opp og understøtte de ønskede prioriteringene og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene. Disse vurderingene kan ikke

foretas uten at det bringes opp kunnskap fra de andre tjenesteytende nivåene.

I samhandlingsreformen legges det vekt på organisatorisk, kompetanse- og ressursmessig utvikling av kommunesektoren, slik at kommunene kan utføre oppgavene som er forutsatt dekket på dette nivået. Dette gir gode muligheter for sykehusene til å utvikle seg i retning av det de har faglige og organisatoriske fortrinn til å gjøre; dvs. en mer rendyrking av de spesialiserte oppgaver som bare spesialisthelsetjenesten skal håndtere. Situasjonen i dag er dels preget av at sykehusene også utfører oppgaver som ut fra pasient- og samfunnsmessige hensyn, burde vært utført av kommunene. Historiske og lokale forhold (som lokale ildsjeler, tradisjon for kommunesamarbeid mv.) har ført til en noe tilfeldig oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak. En framtidig situasjon der sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter, gir nye muligheter for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten som må utnyttes på en systematisk måte.

10.2.1 Spesialisthelsetjenesten som støttespiller i utviklingen av kommunene

En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er å bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste. Dette berører en rekke områder, bl.a. forebygging, tidlig intervensjon, behandling av eldre og pasienter med kronisk sykdom, herunder psykisk helsevern og rusbehandling, samt lærings- og mestringsstrategier. Dette er områder som er under oppbygging, men som må vurderes mot nye kommuneroller. Det er viktig at en ikke har finansieringsformer som gjør at spesialisthelsetjenesten trekker til seg oppgaver som ut fra pasient- og samfunnsmessige hensyn burde vært utført av kommunene. Det vil også være holdningsmessige utfordringer, som må identifiseres og bearbeides for å lykkes i å endre roller på alle nivåer.

Samarbeid mellom kommunene og foretak vil kreve endrede arbeidsformer og økt fleksibilitet når det gjelder oppgaver og tjenestesteder. Det må arbeides med rammebetingelser som legger til rette for dette.

10.2.2 Pasientforløp

Spesialisthelsetjenesten har i de siste årene arbeidet med å utvikle gode pasientforløp/ behandlingskjeder, men dette har ofte vært begrenset til det

som skjer innad i det enkelte sykehus. Et viktig utviklingstiltak må være at spesialisthelsetjenesten utvider perspektivet og i større grad medvirker i utvikling av forløp som går på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå. I dette arbeidet må det skapes en arena der kommunalt nivå og foretakene er likeverdige partnere, herunder forutsettes at kommunene må ha nok faglig tyngde til å kommunisere og sette krav til sykehusene. Når forløpene legges til grunn vil spesialisthelsetjenesten måtte reorganisere sine strategier og planer og tydeligere legge pasientperspektivet til grunn.

Pasient- og brukerorganisasjoner må trekkes inn i prosessene for å videreutvikle både metodikk og innhold.

10.2.3 Logistikk

De siste årene har det vært satt fokus på bedre logistikk og forenklinger i spesialisthelsetjenesten, ofte med utgangspunkt i å tilpasse virksomheten til økonomiske rammebetingelser. Prosess/logistikkteori står sentralt i forløpstenkningen. I utgangspunktet ble den anvendt på avgrensede aktiviteter i en avdeling, men etter hvert på hele forløp. Arbeidet med behandlings- og omsorgskjeder på virksomhets og -tjenestenivå er kanskje det aller viktigste («mikroprosessene»). Dette arbeidet må skje i en interaksjon med forløpsarbeid på myndighetsnivået, slik at man tar opp i seg prioriteringer, faglige kvalitetskrav og andre forhold som avklares på dette nivået. Prosessene vil også gi innspill og premisser til myndighetsnivået slik at helhetsperspektivet vektlegges. Metoden er i denne sammenhengen en typisk «bottom up»-tilnærming, der mikroprosessene bygges opp til å bli en helhet. Slik sett er det klare paralleller til måten både industri og tjenesteproduksjon er bygget opp i andre bransjer.

Reformarbeidet har videre vist at helseforetakene, sykehusene og de enkelte avdelinger må forbedre den interne samhandlingen. Dette arbeidet kan videreføres med tanke på forenkling, bedre kvalitet i tjenesten og bedre helhet for pasientene. Erfaringer fra Helse Midt-Norge og spesielt St.Olavs Hospital, viser at fokus på logistikk kan styres mot endrede pasientforløp også i form av mer dagbehandling og poliklinikk. Dette vil igjen bety kortere liggetid, behov for færre senger og dermed mindre ressursbruk i sykehusene og gi mulighet for å behandle flere pasienter uten kostnadsvekst – eller sagt på en annen måte; økt etterspørsel kan dekkes opp uten tilsvarende økning i ressursene.

Utviklingen av bedre arbeidsprosesser og logistikk må ta opp i seg følgende to hensyn:

- forståelse for helsesektorens egenart. Samtidig skal det ikke ukritisk overføres metoder som er utviklet på andre samfunnsområder og som ikke i tilstrekkelig grad tar opp i seg helsesektorens egenart.
- vilje til å sette seg inn i og lære av metoder som er utviklet og tatt i bruk på andre samfunnsområder.

For eksempel at det i arbeidet med utviklingen av gode arbeidsprosesser er tilstrekkelig fokus på hvilke aktiviteter som skaper verdier for pasienten og flyt i de verdiskapende elementer.

Helse- og omsorgsdepartementet skal trekke fram et utviklingstiltak som er iverksatt og som er ment å bidra til bedre sykehusdrift og samhandling: pilotsykehusprosjektet.

Pilotsykehusprosjektet er et samarbeidsprosjekt (oppstart mai 2008) mellom Helse- og omsorgsdepartementet, regionale helseforetak, KS/kommuner, representanter for brukerorganisasjoner og arbeidsorganisasjonene i helseforetakene. Noe av hensikten med pilotsykehuskonseptet er at alle berørte aktører får reell påvirkningsmulighet og medvirkning i alle faser av prosjektet. For å sikre en nasjonal overbygging av de enkeltstående pilotsykehus er det etablert en Nasjonal referansegruppe bestående av de sentrale interessentgruppene. Referansegruppa har utarbeidet prosjektrammer for pilotsykehus som bl.a. omfatter mål- og rammer, kriterier for valg av pilotsykehus og krav til dokumentasjon og rapportering. På bakgrunn av søknadsrunder er det plukket ut fem prosjekter, fordelt på fire helseregioner, hvorav et prosjekt med et minoritetshelseperspektiv.

Med utgangspunkt i bevilgningen på 40 mill. kroner i statsbudsjettet for 2009 til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak, herunder pilotsykehusprosjekter, er det gitt et samlet tilskudd til pilotsykehusprosjektene på 8 mill. kroner.

10.2.4 Bruk av private aktører

Omfang og karakter av helseforetakenes bruk av private leverandører er ikke et eget tema i samhandlingsreformen. Derimot vil de rammebetingelser som settes for de private aktørenes medvirkning påvirke samhandlingen med andre aktører i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har hatt dialog med private aktørers organisasjoner og mottatt innspill med synspunkter på rammebetingelser og forslag til tiltak.

Noen av innspillene som er gitt i denne dialogen er:

- Oppdragsgiver bør i større grad tilstrebe avtaleperioder som ligger tett opp til normal avskrivningstid som private leverandører foretar.
- Høyt faglig kompetansenivå oppnås best ved at de regionale helseforetakene kjøper hele spekter av tjenestene i stedet for fragmenterte anskaffelser.
- Tidlig avklaring av neste avtaleperiode, og signering i god tid før neste periode.
- Avtalene med de regionale helseforetakene bør være så vidtfavnende og langsiktige, at privat virksomhet kan utvikle seg under rammevilkår som ligner de som offentlige aktører har.

I det videre utviklingsarbeidet av samarbeids- og avtaleformer mellom foretakene og private aktører vil dialog blir vektlagt. Det vil her settes søkelys på hva som også bør være gode avtaleformer, vurdert i et samhandlingsperspektiv.

10.2.5 Eierstyring og kostnadskontroll

Spesialisthelsetjenesten har de siste 10-årene hatt en sterk kostnadsvekst. Svært mange faktorer har påvirket denne veksten. Demografisk utvikling, nye behandlingsmetoder, ny teknologi og bedre informasjon til pasientene er noen viktige forklaringsvariable. Samtidig er det også slik at mangelfull økonomisk styring, er medvirkende årsaker til et stadig økende kostnadsnivå. Dette gir seg utslag i at det er til dels store kostnadsforskjeller mellom helseforetak for å behandle samme type pasienter.

I samhandlingsreformen er det en sentral premiss at en større del av ressursveksten framover skal komme i form av frie inntekter til kommunene. Demografi og teknologisk utvikling gjør at det fortsatt vil være behov for ressursvekst i spesialisthelsetjenesten. Med den vekt som skal legges på utviklingen av kommunehelsetjenesten, må det etableres styringssystemer som gir enda bedre sikkerhet for at en har kontroll med kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten. Det vises bl.a. til forslaget om å redusere den aktivitetsbaserte finansier-

ingen fra 40 til 30 pst, jf. omtale i kapittel 9. Videre utvikling av Nasjonal helseplan vil være et tiltak for å vurdere og sikre at det treffes politiske beslutninger om hva som er hensiktsmessig fordeling av ressurser (kapasitet og kompetanse) mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten. De rammer som her trekkes opp for spesialisthelsetjenesten, må følges opp av stram styring fra departementets side slik at de politiske prioriteringene kan gjennomføres i tråd med de vedtak som fattes. Demografiske og epidemiologiske utviklingstrekk, inklusive sykehuslegenes aldersprofil, er også faktorer som må tas hensyn til i styringen av omfanget av sykehusleger.

Departementet har de to-tre siste årene intensivert oppfølging og styringen av foretakene; fra departementets side overfor regionale helseforetak, og også stilt krav til styringsrelasjonen mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak. Dette er bl.a. kommet til uttrykk ved standardisering og gjennomgående rapportering, krav om risikostyring og intern kontroll, kontroll med bemanningsutviklingen og kontroll med omstillingstiltak.

Fra 2009 er det i tillegg til krav om økonomisk resultat, også stilt vesentlig strengere krav til bruk av driftskreditter. Dette vil i sterk grad begrense helseforetakenes mulighet til å bruke mer midler enn det Stortinget har stilt til rådighet. Dette vil være et viktig bidrag til en bedre politisk styring av helseforetakene i en periode der større deler av veksten skal tilfalle kommunehelsetjenesten.

Det etablerte styringssystemet mellom departementet og de regionale helseforetakene og videre mellom de regionale helseforetakene og det enkelte helseforetak, vil bli videreført og videreutviklet. Det er, og vil fortsatt være, en stor utfordring å sikre at styringssignalene både blir formidlet, forankret og ikke minst etterlevd i alle ledd i de utøvende virksomhetene. Det er også erkjent at det i videreutviklingen av styringssystemene må legges vesentlig mer vekt på de mer virksomhetskulturelle aspekter av styringsutfordringene. Gjennomføringen av samhandlingsreformen vil aktualisere denne delen av eierstyringen ytterligere.

**Figur 11.1**

Foto: © Trym Ivar Bergsmo/Samfoto. © Pål Hermansen/NN/Samfoto

11 Særskilte utfordringer for den samiske befolkning

To innfallsvinkler vil stå sentralt for hvordan samhandlingsreformen forusettes fulgt opp overfor den samiske befolkningen:

- Som det omtales i kapittel 17 om implementeringen av reformen legges det opp til dialog med Sametinget om hvordan prioritering og

innretning av samhandlingstiltak kan gi gode effekter overfor den samiske befolkningen.

- Et sentralt element i samhandlingsreformen er at det i samspill mellom myndigheter, tjenester og brukere skal identifiseres hva som er gode pasientforløp og at man innenfor rammene av de overordnede prioriteringene for tjenestene kan iverksette systemtiltak som understøtter gode forløp. Dette forutsettes å bli en viktig innfallsvinkel for det videre arbeidet for å utvikle en god helse- og omsorgstjeneste for den samiske befolkningen.

Boks 11.1 Faktaopplysninger

Samene er ett folk med bosettingsområder i fire stater: Norge, Sverige, Finland og Russland. Det bor omlag 70 000 samer i Norge idag. Hovedtyngden av den samiske bosetningen er i de nordligste fylkene, særlig Finnmark og Nord-Troms, men også Midt- og Sør-Troms, Nordland, Trøndelagsfylkene og Hedmark har samisk bosetning. I dag har også mange samer flyttet til byer og tettsteder langt unna hjemtraktene. Men det finnes ikke ajourførte registreringer av hvor mange samer det er i Norge eller hvor de er bosatt. Kun i noen få kommuner er samene i flertall. Det gjelder kommuner innen det samiskspråklige forvaltningsområdet – der samisk og norsk er likestilte språk i den offentlige forvaltningen. Det samiskspråklige forvaltningsområdet omfatter kommunene Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Tana og Nesseby i Finnmark, Kåfjord i Nord-Troms, Tysfjord i Nordland og Snåsa i Nord-Trøndelag. Sameloven (lov av 12. juni 1987 nr 56) sier i § 3–5 om samisk språk: «Utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren. Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet, har rett til å bli betjent på samisk». De kommuner og fylkeskommuner som ligger i forvaltningsområdet for samisk språklov har et særskilt ansvar for å utvikle helse- og sosialtjenester tilpasset den samiske befolkning, ut fra de forpliktelsene som ligger i Sameloven.

11.1 Språk

Mange samer har behov og rettskrav for å bruke sitt morsmål i samtale med helsepersonell. Språkproblemer kan resultere i at man ikke får den rette faglige utredning, stilt riktig diagnose og gitt rett behandling. Helse- og omsorgspersonell vil som regel registrere om en bruker har vansker med å uttrykke seg på norsk. Men helse- og omsorgstjenesten evner i for liten grad å hjelpe samisktalende i slike situasjoner. I dag besitter for få helsemedarbeidere samisk språkkompetanse, og tolketjenesten er for lite utbygd. Mange er for tilbakeholdende med å fortelle at de ikke forstår, eller har behov for tolkning. Enkelte samer unnlater derfor å oppsøke helse- og omsorgstjenesten, selv når de har betydelige hjelpebehov. Både stat, fylkeskommuner og kommuner med samisk befolkning har ansvar for at språkproblemer i forbindelse med tjenesteytelsene blir ivaretatt, slik at elementære brukerrettigheter kan innfris.

I dag er i første rekke barn under skolealder, utviklingshemmede og eldre, helt enspråklige. For disse vil innleggelse i institusjoner virke svært fremmedgjørende. Flere enn de helt enspråklige har vansker med å kommunisere på norsk og å oppfatte norsk informasjon i en krisesituasjon, slik sykdom og personlige problemer kan være. Denne gruppen bør få uttrykke seg på sitt eget språk i møtet med helse- og omsorgstjenesten. Samisk språk må da ikke være et knapt gode som kun fordeles til de med størst hjelpebehov.

11.2 Kulturell kommunikasjon

Kulturelle kommunikasjonsproblemer mellom helse- og omsorgspersonell og samer handler om at personell ikke kjenner til, eller forstår, samers bakgrunn, tenkemåte og væremåte. Et annet forhold er at helse- og omsorgspersonell ofte behandler brukere på en måte som er kulturelt fremmed for samer. Dette gjelder særlig at normene for brukeradferd og institusjonenes fysiske særpreg med lange korridorer og lite felleskap kan virke fremmedgjørende.

Den samiske befolkning har lange tradisjoner for selvhjelp gjennom bruk av personlige nettverk for å motvirke helseplager og løse personlige problemer. Det kan ofte være en utfordring å få helse- og omsorgstjenesten til å spille på lag med disse ressursene, slik at de utfyller hverandre. Særlig kan folkemedisin og åndelig bistand fra nærmiljøet bli sett på med skepsis av helse- og omsorgspersonell.

11.3 Utfordringer

Manglende språk og kulturforståelse kan føre til at symptomer på sykdom blir feiltolket og behandlingsforløp og medisinerings, eller mangel på sådan, kan få alvorlige konsekvenser. Mye tyder på at det er en underrapportering av sykdom hos den samiske befolkning. Det er særlig i forhold til psykisk helse, medisinsk hjelp ved fødsel, kroniske sykdommer, alderdom og død at det oppstår problemer og misnøye med helsetjenesten. Helsetjenesten for den samiske befolkning har i dag i liten grad vært innrettet mot forløpstenkningen mellom tjenestenivåene. I den forbindelse er det nødvendig å se på muligheten til elektronisk kommunikasjon på samisk mellom tjenestenivåene og innad i helsetjenesten. Sametinget har siden 1999 forvaltet tilskuddsmidler til prosjekter innen helse- og sosialtjenesten. Disse har i stor grad vært innrettet mot kommunalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet vil drøfte med Sametinget hvordan tilskuddsmidler til Sametinget i større grad kan innrettes mot helhetlige pasientforløp i overgangen mellom ulike helsetjenester, og samhandling mellom tjenestenivåene.

En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for den samiske befolkning. I tillegg vil en slik organisering og større grad av mulighet for stabilitet i samiskspråklige helsetilbud og til utvikling av samisk fagkompetanse. Styrking av primærhelsetjenesten er et viktig satsings-

Boks 11.2 Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern

Takket være særskilte statlige midler har institusjonene BUP-Karasjok og DPS-Lakselv kunnet utvikle seg til et samlet nasjonalt kompetansesenter for samisk psykiatri («*Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern*» – «SANKS»). I dag består institusjonen av to hovedavdelinger: en avdeling i Karasjok for barn og unge (bestående av BUP-poliklinikk, ambulant team, ungdomspsykiatrisk team, familieavdeling og ungdomspsykiatrisk avdeling), og en avdeling for voksne i Lakselv (bestående av avdeling, akutteam og poliklinikk).

Det er i tillegg opprettet «satelitter» av fagfolk både i lulesamisk område (Tysfjord) og sørsamisk område (Snåsa), foruten i Oslo. Modellen til SANKS, med en sterk base lokalisert i samisk miljø, kombinert med utplasserte fagfolk i ulike områder med samisk befolkning, har vist seg svært positiv, og har blitt tatt godt i mot i det samiske miljøet.

område for samhandlingsreformen. Generelle tiltak som bedre kommunal organisering, utvikling av fastlegerollen, kommunesamarbeid med robuste fagmiljøer og IKT-utvikling, vil være reformer som også vil komme den samiske befolkning til gode. Når det gjelder økonomiske insitamenter overfor kommuner, er det viktig å ta hensyn til samiskspråklige forvaltningsområder da disse har krav til å yte likeverdige helsetjenester på samisk og norsk.

11.4 Spesialisthelsetjenesten

Den samiske befolkning har de senere år rettet kritikk mot spesialisthelsetjenesten med bakgrunn i dårlig kommunikasjonen og samhandling mellom den samiske pasient/pårørende og helsepersonell. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det de siste årene lagt til grunn at et overordnet mål for helsetjenestene er et likeverdig tilbud, uavhengig av etnisk bakgrunn. De regionale helseforetakene har et klart ansvar for å ivareta tilbudet til den samiske befolkning. Samiske pasienters rett til, og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas. Det skal etableres

tolketjenester til pasienter som har behov for dette. De regionale helseforetakene skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning.

Helse Nord RHF videreformidlet i 2008 og 2009 kravet om å styrke tilbudet til samisk befolkning i sitt oppdragsdokument til helseforetakene. Viktige faktorer for å sikre ivaretagelse av behovet for tilrettelegging er tolketjenester, styrking av kompetanse, bevissthet om behovet for samisk språk- og kulturkompetanse blant personellet og rekruttering av samisktalende personell.

Helse Nord RHF har i sin årlige melding for 2008 til departementet rapportert at samisk tolketjeneste er tilgjengelig på dagtid i Helse Finnmark. Utover den ordinære arbeidstid tilbyr Helse Finnmark tolketjeneste pr. telefon. Helse Nord RHF vektlegger at arbeidet med å bedre tolketjenestene

til samisk befolkning er et viktig oppfølgingspunkt også i 2009. I sitt oppdragsdokument til Helse Finnmark for 2009 presiserer Helse Nord RHF at helseforetaket skal ivareta tolketjenester til pasienter med behov for tolking på samisk, øke andel samisktalende personell ved for eksempel å tilby kurs i samisk språk, synliggjøre at virksomheten har en tverrkulturell befolkning, f.eks. i stillingsannonser, ved skilting etc., og at helseforetaket skal samarbeide med SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter) om kompetanseutvikling i egne tjenestetilbud.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i dialog med Sametinget vurdere et prosjekt hvor målet er å bedre tolketjenesten ytterligere. Prosjektet vil bli igangsatt i løpet av planperioden, men er fortsatt under planlegging og den endelige form og finansiering er ikke avklart.



Figur 12.1

12 Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen

Kjernen i samhandlingsutfordringen er å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Hvilke tjenester som kan gis vil naturligvis avhenge av metoder og teknologi som er utviklet innen medisinen og de ulike helsefagene, og myndighetenes bestemmelser om prioriteringer og pasientrettigheter. En god helsetjeneste er i tillegg avhengig av at pasientenes røst både fanges opp av og preger tjenestene. Når det gjelder å fange opp utfordringene for innvandrere og minoriteter vil utfordringen i stor grad bestå av at man makter å kombinere følgende forhold.

På den ene side må helse- og omsorgstjenestene, i forhold til de ulike minoritetsgruppene, evne å se hvilke gjennomgående trekk som påvirker behovene for helsetjenester. Likeens må en evne å se hvordan tjenestene må gjøres tilgjengelige og hvordan kommunikasjon og medvirkning må tilrettelegges for at tjenestene skal treffe behovene. På den annen side vil den enkelte bruker av helse- og omsorgstjenestene ha sin individualitet, som mer eller mindre kan avvike fra de gjennomgående trekkene hos gruppen. Det bør være et krav at helse- og omsorgstjenestene utvikler virksomhetskulturer og øvrige forutsetninger slik at særtrekkene i det enkelte tilfellet blir fanget opp.

Boks 12.1 Faktaopplysninger

Det bor 423 000 innvandrere i Norge, og 86 000 personer norskfødte med innvandrerforeldre. Innvandrerbefolkningen utgjør totalt 10,6 prosent av befolkningen. Det bor innvandrere i alle landets kommuner. Oslo har den største andelen, med 152 000, 26 prosent av befolkningen. 47 prosent av innvandrerne har bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin Amerika. To av ti innvandrere har bodd i Norge i mer enn 20 år og fire av ti har bodd i Norge i 4 år eller mindre. Pasientrettighetsloven skal sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester uansett etnisitet, dvs. en tjeneste av god kvalitet, at hjelpen er like tilgjengelig, forståelig og meningsfull til tross for ulike forutsetninger og forståelse.

Forskning viser at det er betydelig helseforskjeller, ikke bare mellom majoritetsbefolkningen og innvandrere fra lav-inntektsland, men også de ulike nasjonalgruppene imellom. Innvandrerbefolkningen frambyr et sykdomsmønster som på mange måter skiller seg fra majoritetsbefolkningen. Prinsippene for behandling kan være de samme, men jo mindre en helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og forkunnskaper, jo større krav stilles til språk, kommunikasjonsferdigheter og tid. Avhengig av hvor folk kommer fra i verden, kan brukerne fortolke sin helsetilstand og symptomer på ulike måter.

Det skal trekkes fram et eksempel som er spilt inn i dialogen med minoritetsgruppene: hva skjer når en pasient som ikke snakker norsk blir innlagt på akuttmottaket ved midnatt. Sykehuset har ikke råd til å tilby tolk, men har ikke problem med å ta imot en diabetespasient fem ganger, fordi vedkommende, på grunn av språkproblemer ikke har forstått hva han har gjort galt. Dette er verken bra for pasient eller for samfunnet.

Stikkord om hva som er viktig som departementet har mottatt i dialogen med minoritetsorganisasjonene: tiltak for god dialog og for å svare på behovene for helsetjenester må være forankret i dokumentert kunnskap. Det må arbeides systematisk over lang tid, det må være helhetlige tilnærningsmåter og utviklingsarbeidet må ha solid ledelsesforankring. Innspillene er også at utfordringene må møtes på flere nivåer.

12.1 Tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen

For at arbeidet med samhandling skal ta opp i seg minoritetsutfordringen vil et spekter av tiltak kreves. Dels må disse tiltakene finne sin utforming innenfor reformens hovedstrategier. Det legges ikke opp til at det i denne stortingsmeldingen skal foretas noen fullstendig gjennomgang av aktuelle tiltak. Departementet vil konsentrere seg om hvordan en på to viktige områder i det kommende reformarbeidet skal tilstrebe å fange opp minoritetsutfordringene:

- I dialogprosessene, som forutsettes å være et sentralt element i implementeringen av reformen.
- I arbeidet med pasientforløp, der den sentrale hensikt er at god forståelse av pasientenes behov for tjenester skal gi grunnlaget for å identifisere og iverksette de nødvendige systemtiltakene.

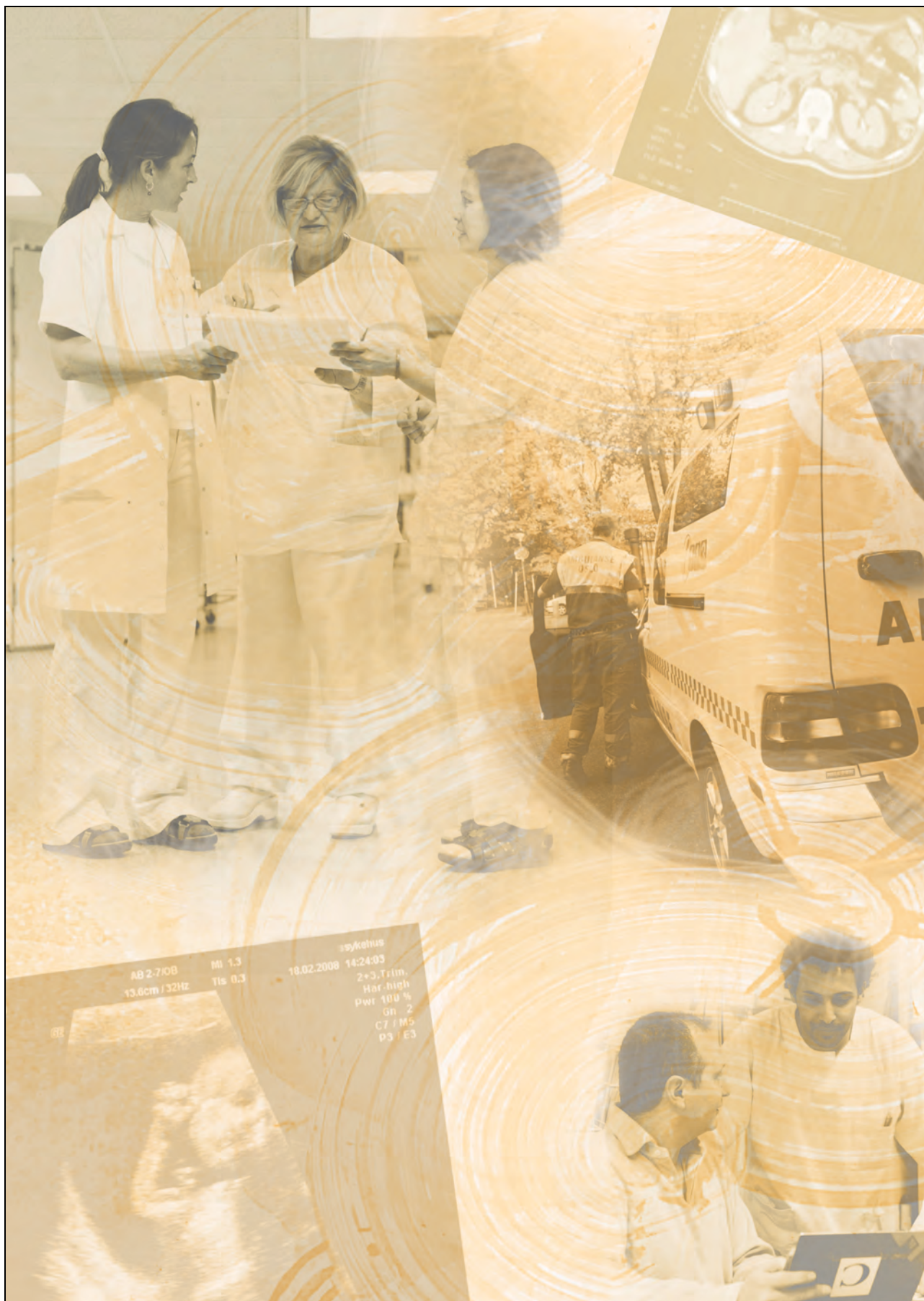
12.1.1 Dialogprosessene

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge vekt på å finne fram til en god balanse mellom to hensyn. På den ene siden at det spilles på lag med mange av pasient- og brukerorganisasjonene som etter hvert legger vekt på å være representanter for minoritetsgruppene, både gjennom å tilstrebe at gruppene blir godt representert i medlemsmassen og gjennom at deres interessearbeid ivaretar de særlige hensynene som gjør seg gjeldene. På den annen side vil det fremdeles være behov for at minoritetsgruppens egne organisasjoner, enten disse er særskilte organisasjoner for helse- og omsorgsområdet eller har et mer generelt formål, har kanaler inn mot helse- og omsorgssektorens myndighets- og tjenestenivå. Departementets ambisjon er at en gjennom denne tilnærmingsmåten skal unngå at det utvikler seg unødige særomsorgsordninger, men at det likevel blir satt tilstrekkelig søkelys på de ulike minoritetsgruppens spesifikke utfordringer.

12.1.2 Pasientforløp

Det er i kapittel 5 nærmere beskrevet hvordan man framover ønsker å systematisere arbeidet for å finne fram til gode pasientforløp og hva som er gode systemtiltak for at det blir disse forløpene i den praktiske tjenesten. I dialog med organisasjonene skal det her legges vekt på at det blir vurdert om det er mønstre i minoritetsgruppens behov og relasjon til helse- og omsorgstjenesten som bør påvirke utformingen av pasientforløpene.

Helsetjenesten for innvandrerbefolkningen har i liten grad vært innrettet mot forløpstenkningen mellom tjenestenivåene. En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for innvandrerbefolkningen. I tillegg vil en slik organisering gi større grad av mulighet for stabilitet i innvandrerennlige helsetilbud og til utvikling av fagkompetanse. Styrking av primærhelsetjenesten er et viktig satsingsområde for samhandlingsreformen. Generelle tiltak som bedre kommunal organisering, utvikling av fastlegerollen, kommunesamarbeid med robuste fagmiljøer og IKT-utvikling, vil være elementer som også vil komme innvandrerbefolkningen til gode.



Figur 13.1

13 Et kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetjenesten

Helsetjenesten er personellintensiv kunnskapsvirksomhet. Helsepersonellet utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen, og er dermed den største og viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. Samhandlingsreformens problemforståelse viser at tilgjengelige ressurser i framtida må benyttes annerledes enn i dag. Skal denne reformen lykkes forutsettes det at det må arbeides med helsepersonellens kompetanse i sektoren. Å rekruttere og beholde personell er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenesten i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, og vil bli en stor utfordring i gjennomføringen av reformen. Erfaringer viser at gode faglige arbeidsmiljøer, god grunnbemanning, en hensiktsmessig bemanningssammensetning, god ledelse samt muligheter for fagutvikling innenfor sitt felt er viktige virkemidler i denne sammenheng. I denne sammenheng blir det viktig å se på behovet for ulike helsepersonellgrupper framover og hvilke tiltak som kan iverksettes for å møte framtidig behov for personellgrupper det blir mangel på. Framskrivninger fra SSB/Helsemod 2009 viser at vi vil ha behov for mellom 95 000 og 135 000 nye årsverk fram mot 2030, mens tilgangen av helsepersonell vil øke med om lag 100 000 årsverk. Behovet for økt personellkapasitet inntreffer først mellom årene 2020 – 2030, da økningen i antall pleietrengende vil øke. Det vil legges vekt på å tilpasse oppbyggingen av kapasitet til tidspunktet for når volumendringene på behovssiden inntreffer. Det vises til Rapport 2009/9 fra SSB, Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030.

Skal vi lykkes med å realisere helsepolitikkenes mål må vi ha sikkerhet for følgende:

- Hvordan kan en aktiv tilnærming til personell og utdanningsområdet være et sentralt bidrag for å understøtte intensjonen i samhandlingsreformen og helsepolitiske målsettinger?
- Hvordan kan myndighetene og tjenesten agere og innrette seg for å sikre tilpasning mellom helsepersonellens samlede kompetanse og samfunnets behov?

Helse- og utdanningsmyndighetenes politikk på området og tjenestenes egne kompetansestrate-

gier, består av komplekse sammenhenger og mange aktører. En samlet strategi på området må bestå av en kombinasjon av myndighetstiltak, og budskap til, og dialog mellom, ulike aktører på flere nivåer, for å igangsette endringsprosesser og samarbeid om målsetningene. I dette kapitlet identifiseres forhold og systemer, som er bestemmende for og kan påvirke den samlede kompetansen i tjenestene.

13.1 Nasjonal helseplan – utfordringsbildet

En riktig innretning av politikk og strategi på området krever kunnskap om forhold i og utenfor helsetjenesten som påvirker utfordringsbildet i helsetjenesten – og derigjennom den kompetanse samfunnet har behov for. Utfordringsbildet påvirkes av en rekke faktorer, f.eks:

- demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet
- medisinsk og teknologisk utvikling
- sterkere pasientrettigheter
- økende internasjonalisering
- økonomiske forhold
- organisatoriske reformer
- politiske prioriteringer

I Nasjonal helseplan (2007–2010) blir status for helsetjenesten presentert og det foreslås politiske grep som kan gi en bedre helsetjeneste. Nasjonal helseplan utgjør derfor et viktig grunnlag for mer systematisk å beskrive tjenestenes utfordringsbilde, for så å omsette denne kunnskapen til å få og gjøre god bruk av den kompetansen vi har behov for. Med utgangspunkt i Nasjonal helseplan, vil helsemyndighetene etablere en strategisk ramme for personell- og utdanningsområdet. En strategisk ramme, gir handlingsrom og hjemler kompetansestrategier knyttet til helsetjenestens ulike roller på området. Helsetjenestens operasjonalisering og konkretisering av egne kompetansestrategier må stå i forhold til denne.

13.2 Utdanning av helsepersonellet – ett av flere virkemidler

Kompetanse opparbeides gjennom det formelle utdanningssystemet og videreutvikles i arbeidslivet. Helsetjenesten har viktige roller inn i mot det formelle utdanningssystemet, både som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver eller avtalepart. Ivaretagelse av utdanningsoppgavene er på den bakgrunn en av fire lovfestede hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3–5 og 3–6 og 3–10) og finansieringen inngår i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Kommunehelsetjenesten plikter også å medvirke til utdanning av personellet (kommunehelsetjenesteloven §§ 6–1 og 6–2), og må ivareta dette innenfor sine rammebevilgninger.

Helsetjenesten må sikres et tiltrekkelig antall kompetent helsepersonell i alle deler av tjenestene. Virkemidlene for dette spenner fra utdanningstiltak, til rekrutterings-, disponerings-, forvaltnings-, og stabiliseringstiltak. I Nasjonal helseplan ble det vist til tre dimensjoner som viktige; dimensjonering av og innhold i utdanningene, samt fordeling av helsepersonellet.

Oversikt over utdanningsområdet

Dimensjoneringen av og innholdet i grunnutdanningene, er av sentral betydning for tilgangen på personell innenfor de ulike personellgruppene og for deres formelle kompetanse. Grunnutdanning skjer ved videregående skoler (for eksempel ambulansearbeider, helsefagarbeider), høyskoler (treårige profesjonsutdanninger som sykepleiere, radiografer, vernepleiere og fysioterapeuter) og universiteter (treårige profesjonsutdanninger og lengre profesjonsutdanninger som for eksempel leger, psykologer og farmasøyter).

Dimensjoneringen av *grunnutdanningen* ved høyskolene og universitetene, blir innenfor rammen av Stortingets bevilgningsvedtak fastsatt av Kunnskapsdepartementet, etter samråd med Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene er pålagt å legge til rette for et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elevene/ studentene, og dette formidles som styringskrav i det årlige oppdragsdokumentet. Kommunene har et tilsvarende ansvar knyttet til praksisplasser, men det formidles ikke konkrete styringskrav til den enkelte kommune.

Utdanningsinstitusjonene har hatt en særlig utfordring i å få tilstrekkelig med praksisplasser i fastlegetjenesten. En stor andel av nyutdannede leger det neste tiåret vil måtte rekrutteres til stillin-

ger i kommunehelsetjenesten, og det må vurderes hva som skal til for å trekke flere fastleger inn i praksisundervisningen.

Lov om universiteter og høyskoler gir utdanningsinstitusjonene faglig frihet og ansvar for å sikre det faglige innholdet i utdanningene, men universitets- og høyskoleloven gir departementet hjemmel for å fastsette nasjonale rammeplaner for utdanninger. Innholdet i flere av de kortere profesjonsutdanninger som fører frem til autorisasjon, er styrt gjennom rammeplaner. Utdanningene skal også oppfylle krav som stilles i aktuelle lover for yrkesutøvelse, spesielle direktiver fra EU og internasjonale konvensjoner.

Kunnskapsdepartementet fastsatte 20. mars 2009 et nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning, blant annet som en oppfølging av europeisk utdanningssamarbeid i Bolognaprosessen og EU/EØS-området. I kvalifikasjonsrammeverket beskrives forventet nivå for læringsutbytte for de ulike gradene (bachelor, master, ph.d.) når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Formålet med kvalifikasjonsrammeverket er å flytte oppmerksomheten fra undervisning til læring. Kvalifikasjonene skal bli mer forståelige for arbeidsgivere og andre utdanningsinstitusjoner, og det skal bli lettere å få godkjent kvalifikasjoner over landegrensene. Universitetene og høyskolene skal i 2012 ha utarbeidet læringsutbyttebeskrivelser for alle fag- og studieplaner i samsvar med kvalifikasjonsrammeverket. Denne prosessen gir institusjonene en gylden anledning til å tilpasse medisin- og helsefagutdanninger til de endringene i helsevesenet som Samhandlingsreformen medfører.

Samhandlingsreformen vil stille nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som igjen vil kreve endringer av innholdet i utdanningene. Endring av innholdet i utdanningene vil kreve ny kunnskap framskaffet ved forskning. Profesjonsutøvelsen skal være forskningsbasert, og regjeringen har som mål å styrke relasjonene mellom utdanning, praksis og FoU i de kortere profesjonsutdanningene, jf. St.meld. nr. 30 (2008–2009), Klima for forskning. De kortere profesjonsutdanningene i helsefagene må gjøres i stand til å styrke fagpersonalets forskningskompetanse og bygge solide forskningsmiljøer. Den offentlige forskningsinnsatsen må innrettes slik at problemstillingene i primærhelsetjenesten får en større plass i medisinsk og helsefaglig forskning.

Videreutdanning er formalisert tilleggsutdanning ved fagskoler, høyskoler og universiteter. Spesialistutdanningene for leger, tannleger og optikere er i ulik grad praksisbaserte videreutdanning-

ger, som leder til offentlig spesialistgodkjenning. I tillegg har flere yrkesorganisasjoner etablert egne «spesialistutdanninger» og godkjenningsordninger. Betegnelsen *etterutdanning* benyttes om annen utdanning som bidrar til arbeidsrelatert kompetanseutvikling. Både videre- og etterutdanning er ledd i personellens kompetanseutvikling, og gjennomføres som regel som et tiltak i et arbeidsgiver-/ arbeidstakerforhold, der enten arbeidsgiver eller arbeidstaker tar initiativet. Deltaelse i videre- og etterutdanning vil i stor grad avgjøres og bestemmes i et samspill mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, der kompetansebehovene i tjenestene er et viktig moment. Dette betyr at helseforetakene og kommunene, som arbeidsgivere, har innflytelse og betydning for etterspørselen av videre- og etterutdanning.

Når det gjelder spesialistutdanningen for leger, har Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret, og fastsetter både spesialitetsstruktur og spesialitetsregler. Per i dag er det 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter (indremedisin (8) og generell kirurgi (6)). Utdanningen fram mot ferdig spesialist tar om lag seks til åtte år.

Utdanningen innen de sykehusbaserte spesialitetene, gjennomføres ved at legene tilsettes i utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten, og dimensjoneringen av utdanningsstillingene skjer i en kombinasjon mellom nasjonal styring (tildeling av nye legestillinger) og regional styring (fordeling av legestillinger). Departementet fastsetter årlig antall nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten, fordelt mellom helseregionene og eventuelt mellom de ulike spesialitetene. De regionale helseforetakene fordeler stillingene i helseregionen og mellom spesialitetene. Dette systemet skal bidra til god utdanningskapasitet, samt understøtte god lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og spesialiteter. Den teoretiske delen av spesialistutdanningen, som arrangeres i samarbeid mellom Legeforeningen og universitetene, har fått en stadig mer sentral del i utdanningen. Likevel er legespesialistutdanningen fortsatt en praksisnær utdanning, der det reelle innholdet i utdanningen i stor grad utformes i et samspill mellom legen under utdanning og helsetjenesten.

13.3 Dimensjonering

Mange land, også de fleste vestlige land, opplever et økende behov for helsepersonell. Resultatet kan bli en kraftig økning i migrasjonen av helsepersonell. Det pågår internasjonale prosesser for å utar-

beide retningslinjer for kan sørge for en rettferdig global fordeling av helsepersonellet. Et bærende prinsipp i denne tenkingen er at Norge skal være mest mulig selvforsynt med helsepersonell. Dette forutsetter, som ett av flere tiltak, en tilstrekkelig dimensjonering av utdanningene. Dette for å unngå knapphet på helsepersonell og dermed et viktig bidrag til å redusere fordelingsutfordringer globalt og nasjonalt. En tilstrekkelig dimensjonering av utdanningene, forutsetter et godt samarbeid mellom utdanningsmyndighetene og helsemyndighetene, gode beslutningsgrunnlag og gode analyser.

På oppdrag fra utdannings- og helsemyndighetene har Statistisk Sentralbyrå, utviklet en statistisk modell for framskriving av tilbud og etterspørsel av helsepersonell (Helsemod). Helsemod baserer seg på et utvalg forutsetninger som historisk har vist seg å ha størst innflytelse på etterspørselen. Som grunnlag for dimensjoneringsbeslutninger, må Helsemod suppleres med vurderinger av de forutsetninger som modellen baseres på, samt forhold som ligger utenfor modellen, for eksempel endringer som kan påvirke personellbehovet og politiske målsetninger. Når det gjelder legespesialistutdanningen i de sykehusbaserte spesialitetene, baseres dimensjoneringen (fordelingen av nye utdanningsstillinger) på innrapporterte behov fra hvert av de regionale helseforetakene. Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling er sammensatt av representanter fra staten (2), Legeforeningen (4), universitetene (4), de regionale helseforetakene (4), KS (2) og pasientforeninger (2), følger i tillegg stillingene i spesialisthelsetjenesten gjennom datasystemet, NR-databasen, og gir på denne bakgrunn Helse- og omsorgsdepartementet, via Helsedirektoratet, sin tilrådning om dimensjoneringen.

Med bakgrunn i de utfordringer helsetjenesten står overfor, er det nødvendig å foreta en vurdering av hvorvidt beslutningsgrunnlagene og analysene er gode nok. Det er også behov for en gjennomgang av utdanningsmyndighetenes og helsemyndighetens samarbeid inn i mot dimensjoneringsbeslutningene og vurdere hvordan prosessene kan forbedres. I St.meld. nr. 44 (2008–2009), Utdanningslinja, gjøres drøftinger av hvordan det kan utvikles mer systematiske analyser av forholdet mellom tilbudet og samfunnets behov for arbeidskraft. Innen spesialistutdanningen for leger er det tilsvarende nødvendig å foreta en vurdering av hvorvidt beslutningsgrunnlagene og analysene er gode nok, i tillegg til en vurdering av samarbeidet og prosessene mellom de involverte aktørene.

13.4 Et kompetent helsepersonell

Utdanning er identitetsskapende og kan gi den enkelte bedre evne til å forstå sammenhenger i samfunnet. Samtidig skal utdanning kvalifisere for arbeidslivet og danne et grunnlag for den enkeltes arbeidsinnsats. Universiteter og høyskoler er i stor grad autonome, og er gitt det faglige, økonomiske og administrative ansvaret for utdanningene. Dette innebærer at utdanningsinstitusjonene selv fastsetter det faglige innholdet i utdanningene. Et godt samarbeid med arbeidslivet kan bidra til å gjøre utdanningene mer relevante og er et sentralt aspekt ved institusjonenes samfunnsoppdrag. De fleste universiteter og høyskoler har generelle uttalte målsettinger om samarbeid og mener selv at dette er en viktig oppgave. Undersøkelser viser imidlertid at få institusjoner har konkrete mål for samarbeid og de rapporterer heller ikke om dette.

I 2005 ble det gjennomført en avklaring og tydeliggjøring av ansvaret for praksisundervisningen i samarbeid med Kunnskapsdepartementet. Universitets- og høyskolerådet har nylig gjennomført en spørreundersøkelse som viser at det fortsatt er behov for å se nærmere på ansvarsforholdene omkring praksisstudier. Helsemyndighetene vil i samarbeid med Kunnskapsdepartementet initiere et samarbeid mellom profesjonsrådene for helsefagutdanningene og praksisfeltene for å utarbeide kvalitetsindikatorer for praksisstudier.

Helsepersonellutdanningene er å betrakte som profesjonsutdanninger, der en god avveining mellom institusjonenes autonomi og samfunnsoppdrag er særlig sentralt. Dette er forhold utdanningsmyndighetene og helsemyndighetene må drøfte nærmere. I den forbindelse må det vurderes om det er behov for en sterkere formalisering av samarbeidet på myndighetsnivå, og om rammebetingelsene i sektorene utgjør barrierer eller insitamenter for samarbeid. I den kommende stortingsmeldingen om kompetanse for framtiden vil ulike strategier som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet bli nærmere vurdert.

Helsepersonellutdanningene består av en kombinasjon av teoretisk undervisning og praktisk læring. Av den grunn kan også samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten utgjøre viktige arenaer for å fange opp og formidle behov for endret innhold i utdanningene. I spesialisthelsetjenesten er det inngått avtaler og etablert samarbeidsorgan mellom utdanningsinstitusjonene og de regionale helseforetakene. Dette er arenaer som i større grad kan tas i bruk for å diskutere forholdet mellom innholdet i utdanningene

(teori og praksis) og kompetansebehovet i tjenestene. Tilsvarende avtaler og samarbeidsorgan er i liten grad etablert i forhold til kommunehelsetjenesten.

I lys av samhandlingsreformen, er det behov for å vurdere de inngåtte avtalene, mandatet og sammensetningen av samarbeidsorganene. Et viktig aspekt i den forbindelse er å sikre at samhandlingsaspektet og kompetansebehovene i kommunehelsetjenesten ivaretas og fanges opp på lik linje med behovene i spesialisthelsetjenesten. Velfungerende samarbeidsorgan kan bidra til utarbeiding av strategier og tiltak som sikrer godt samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og et samlet praksisfelt i planlegging og gjennomføring av utdanningene, og gode sammenhenger mellom den teoretiske og praktiske delen av studiet. I universitets- og høyskolesektoren er den faglige friheten begrenset for utdanninger med nasjonale rammeplaner, som er fastsatt av Kunnskapsdepartementet etter samråd med Helse- og omsorgsdepartementet. Det overordnede nivået rammeplanene styrer på gir likevel utdanningsinstitusjonene et betydelig handlingsrom i sin fastsetting av fagplaner og innretning av utdanningene.

Kvalitetsreformen ble innført i 2003 og var en reform av høyere utdanning i Norge. Sentralt i reformen stod ny gradsstruktur, felles karaktersystem og økende internasjonalisering. I den forbindelse ble det opprettet et eget uavhengig statlig organ (NOKUT – Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningene) som fører tilsyn med om utdanningene ved de ulike institusjonene har den nødvendige kvalitet. NOKUT har som oppfølging av realkrediteringen av sykepleierutdanningen startet en oppsummering av utsagn vedrørende kvalitet i praksisstudiene. Arbeidet vil gi NOKUT et grunnlag for å vurdere om det er behov for å utforme mer utfyllende kriterier for vurdering av kvaliteten i praksisstudier. Helsemyndighetene vil ta initiativ til at det må gjøres en vurdering av hvorvidt utdanningens relevans og samarbeid med helsetjenesten bør inngå som et element i utdanningssektorens kvalitetssikringssystem.

Når det gjelder legespesialistutdanningen, har Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret, og fastsetter både spesialitetsstruktur og spesialitetsregler. En økende grad av spesialisering på den ene side og en utvikling mot behov for mer generalisert kompetanse på den annen, tilsier at det er behov for å se på legespesialistutdanningen i lys av dette. I flere europeiske land er det en økende erkjennelse i fagmiljøene av at det er behov for å justere balansen mellom spesialisert og gene-

ralisert kompetanse. Tempoet i kunnskapsutvikling og teknologisk utvikling, samt hyppige organisatoriske reformer, skaper også behov for sterkere dynamikk. Dette aktualiserer bl.a. spørsmål om etablering av formaliserte fagområder, som et supplement til spesialisetsstrukturen. I Nasjonal helseplan (2007–2010) varslet departementet en gjennomgang av legenes spesialistutdanning. Det er i første omgang fremmet et lovendringsforslag i helsepersonelloven, slik at Helsedirektoratets adgang til å delegere spesialistgodkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner (Legeforeningen) opphører. Hensikten med forslaget er å sørge for at myndighetsutøvelse på området tydeliggjøres ytterligere. Dersom Stortinget slutter seg til forslaget, vil det bli foretatt en bred gjennomgang av spesialistutdanningen for leger, både når det gjelder organisering og innhold.

Forskning og fagutvikling i den kommunale helsetjeneste er et viktig virkemiddel for å heve sektorens status og dermed posisjon for rekruttering. Viktige virkemidler er forskning på kliniske problemstillinger i sektoren og vektlegge den praksisnære forskningen for å få svar på om det man gjør virker.

13.5 I alle deler av helsetjenesten – fordelingsmekanismer

En uttalt målsetting for helsetjenestens virksomhet, er likeverdige tilbud av helsetjenester uavhengig personlig økonomi og bosted. En viktig forutsetning for å realisere denne målsettingen, er at vi har mange nok og et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten. I internasjonal sammenheng har vi i Norge samlet sett en god personelldekning. Vi har likevel utfordringer knyttet til å oppnå en fordeling av personellet som kan sikre et likeverdig tilbud av helsetjenester. Fordelingsproblematikken er særlig knyttet til tre forhold;

- geografiske fordeling (nord/sør, sentral/distrikt)
- fordeling mellom fagområder (f.eks. høyteknologisk medisin/sykehjemsmedisin)
- og fordeling mellom tjenestenivåene (spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten)

13.5.1 Legefordelingssystemet

Det har vært i lengre perioder vanskelig å rekruttere og stabilisere legedekningen i visse deler av landet, særlig i de nordligste delene, samt i distriktene, og mellom de ulike spesialitetene. Dette har vært en av begrunnelsene for å etablere og opprett-

holde fordelingssystemer for legene. Det nåværende fordelingssystemet for legene, ble etablert i 1999, og er lovfestet (spesialisthelsetjenesteloven § 4–2). Dette systemet gir departementet adgang til årlig å fastsette antall nye legestillinger fordelt mellom helseregionene og eventuelt mellom de ulike spesialitetene. Dette formidles i det årlige oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, sammen med øvrige styringskrav. Det tilligger de regionale helseforetakene å fordele legestillingene innad i helseregionen, og sørge for at fordelingssystemet overholdes.

Legefordelingssystemet har vært viktig for å fordele leger geografisk og mellom fagområder. Det har også hatt betydning for å dempe legeveksten i spesialisthelsetjenesten, slik at kommunehelsetjenesten også har fått bedre tilgang på leger. Legefordelingssystemet ble vurdert som en viktig forutsetning for at fastlegeordningen kunne gjennomføres fra 1. juni 2001. Det gjennom tidene vært utfordringer knytte til manglende overholdelse av legefordelingssystemet. Som følge av en sterk personellvekst i spesialisthelsetjenesten, ble det i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2007, stilt krav til etablering av egne utvalg som skal godkjenne alle nye stillinger, herunder stillinger omfattet av legefordelingssystemet. Det er i tillegg behov for å vurdere hvordan legefordelingssystemet kan utvikles for å styrke dets legitimitet og tjenestenes lojalitet til systemet. Det er også grunnlag for å vurdere hvorvidt det er behov for sterkere kontroll og sanksjonsmuligheter ved manglende overholdelse av systemet.

13.5.2 Bruk av andre mekanismer

Når det gjelder de andre personellgruppene, er det ikke utviklet tilsvarende fordelingssystemer. Som nevnt overfor er ett viktig bidrag for å redusere fordelingsutfordringen, at dimensjoneringen av utdanningene er velfungerende, slik at det verken blir betydelige underskudd eller overskudd av ulike personellgrupper. Når det gjelder geografisk fordeling av helsepersonellet, finnes det ulike rekrutterings- og stabiliseringstiltak som er sektornøytrale. Dette gjelder f.eks. muligheter for avskrivning av studielån og skattelette i Finnmark. Desentraliserte utdanningstilbud og fortrinnsregler ved opptak til helsepersonellutdanningene, er også relevante tiltak som kan bidra til en god geografisk fordeling av helsepersonellet. I tillegg finnes ulike regionale og lokale initiativ, som er ment å styrke helsepersonelldekningen i ulike deler av landet. Innenfor enkelte fagområder, slik som rusomsorgen, psykisk helsevern, samt innen kom-

munehelsetjenesten, har det vært rekrutteringsproblemer, også når tilgangen på helsepersonell på landsbasis har vært god. Dette har begrunnet ulike stimulerings tiltak rettet mot rekrutteringen av helsepersonell. Eksempler på dette er ulike tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse og ulike tiltak i kompetanseplanen for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Fordelingsutfordringer inntreffer når det er ulikhet mellom samfunnets kompetansebehov og den enkeltes preferanser. En aktiv tilnærming til personellområdet krever kjennskap til og systematisk bruk av tiltak som kan påvirke den enkeltes preferanser, både med hensyn til hvor vedkommende bosetter seg, og hvor vedkommende vil bruke sin arbeidskraft (fagområde og forvaltningsnivå). Som nevnt ovenfor foreligger ulike sektornøytrale økonomiske insitamenter (avskrivning av studielån, skattelette), og lokale initiativ, som kan påvirke hvor arbeidskraften bosetter seg. I tillegg er muligheter for desentraliserte (heltid og deltid) utdanningstilbud og fortrinnsregler ved opptak til helsepersonellutdanningene, relevante tiltak for å bidra til en god geografisk fordeling av helsepersonellet. Helsemyndighetene vil derfor, i samarbeid med andre myndigheter, ha oppmerksomhet mot slike tiltak, både sektornøytrale og sektorspesifikke, for å bidra til en god geografisk fordeling av helsepersonellet.

Samhandlingsreformen innebærer en sterkere satsing på kommunale tjenester og fagområder som folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og ulike lavterskel tilbud. Dersom de politiske målsettingene skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og disse fagområdene. Det vil i den forbindelse være sentralt å styrke disse områdenes status og prestisje. Fagutviklingen på områdene må styrkes og det må legges til rette for forskning. Det videre et behov for å få en bedre oversikt over lønnsforholdene og -mekanismer i de ulike delene av sektoren, og bedre kunnskap om lønn som virkemiddel for å påvirke den enkeltes preferanser og områdets prestisje og status. En studie viser at det foregår en sterk sosialisering i utdanningene med hensyn til hvilke diagnoser og fagområder som tillegges størst prestisje. Slike «tause hierarkier» kan påvirke både den enkeltes preferanser, men også gi vridningseffekter i form av en ressurstilgang som ikke er i samsvar med helsepolitiske prioriteringer.

13.6 Helsetjenesten som læringsarena

Helsepersonellens kompetanse er en kombinasjon av teoretiske kunnskaper, praktisk erfaring og personlige egenskaper og egnethet. Helsetjenesten har et sentralt ansvar som praksisarena i utdanningene, og som nåværende eller framtidig arbeidsgiver eller avtalepart for det ferdig utdannede helsepersonellet.

Det er grunn til å tro at arbeidsplassen som læringsarena vil få økt betydning i de kommende årene. Dette fordi læreprosessene som skjer på arbeidsplassen vanskelig kan gjenskapes andre steder. I dette ligger en både et ansvar og en mulighet for helsetjenesten. Det er behov for mer kunnskap om hvordan denne form for kompetanseutvikling skjer i helsetjenesten. Det er også behov for mer kunnskap om hvilke rammebetingelser og insitamenter som kreves for å legge til rette for gode læringsprosesser i det daglige ute i tjenestene. I et arbeidsliv hvor stadig flere oppgaver krever formell kompetanse, må læring i det daglig suppleres med videre- og etterutdanning.

13.7 En god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene

En god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene er en forutsetning for bærekraftig utvikling i helsetjenesten. Samhandlingsreformens intensjon om en ny framtidig kommunerolle er en utvikling som også vektlegges i andre land. Dette har ført til at flere land, først og fremst USA, Danmark, Finland, Nederland og England, har sett betydningen av å vurdere *nye og utvidede roller* for helsepersonellet, og *endringer i oppgavefordelingen* mellom leger, sykepleiere og annet helsepersonell. Som eksempel kan nevnes at det i Danmark pågår et arbeid for etablering av en rolle som klinisk ekspertsykepleier i kommunehelsetjenesten. Deres kompetanse rettes inn mot pasienter med kroniske lidelser som kols, astma, diabetes, epilepsi og hjertelidelser. I England arbeider kliniske ekspertsykepleiere hos fastlegene, walk-in klinikker (lavterskel), eldresenter og i oppsøkende virksomhet. En annen tilnærming er å vurdere muligheter for substitusjon, dvs. at en personellgruppe erstattes av en annen på et bestemt område.

I de land som har gjennomført nye og utvidede roller for helsepersonellet har argumentasjonen vært knyttet til at utviklingsmulighetene i faget, har resultert i at man har fjernet seg fra pasientene og at kliniske karriereveier kan motvirke dette. Dette er derfor tiltak som vil vurderes nærmere i et

samarbeid mellom helsesektoren, utdanningsmyndighetene, partene i arbeidslivet og profesjonsforeningene.

Samhandlingsreformen aktualiserer også andre arbeidsmåter for helsepersonellet, for eksempel som del av et *tverrfaglig team* og gjennom en *sterk og deltagende bruker*. Dette er arbeidsmåter som kan bidra til mer helhetlig behandling og kontinuitet i pasienthåndteringen og også til bedre bruk av de tilgjengelige personellressursene. Den norske helsetjenesten har vært kjennetegnet av et samarbeid med familiebasert omsorg og frivillige organisasjoner. På lengre sikt vil det være aktuelt å opprettholde, eventuelt styrke, det viktige arbeidet som gjøres på disse arenaene. De viktigste strategiene for å få dette til vil er å organisere tjenestene slik at de understøtter samspillet med familie og frivillige, for eksempel gjennom desentraliserte løsninger som gir nærhet til familie og lokalmiljø. Andre tiltak er å gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorgsoppgaver, bl.a. gjennom bedre tilrettelagte permisjonsordninger. Apotek er en viktig innsatsfaktor i helsetjenesten som må inkluderes i arbeidet med å øke samhandlingen i helsetjenesten lokalt. Helsemyndighetene har også oppmerksomhet på ulike tiltak som kan redusere avgangen fra yrket og styrke helsepersonellens yrkesdeltakelse. Et godt arbeidsmiljø (reduert sykefravær), gode arbeidsbetingel-

ser (reduert bruk av ufrivillig deltid), god ledelse, god organisering av arbeidet, muligheter for kompetanseutvikling er blant viktige tiltak som bidrar til jobbtilfredshet, og god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene. Dette er også viktige faktorer som kan øke søkergrunnlaget til utdanningene og som kan bidra til at vi kan være selvfor-synt med helsepersonell.

13.8 Dialog og prosess med ansattes organisasjoner

Knyttet til de to forvaltningsnivåene og til de ulike virksomhetsområdene er det med lov- eller avtaleforankring etablert omfattende medvirkningsordninger for ansatte og deres organisasjoner. Situasjonen er den samme for ansatte som for andre involverte aktørgrupper: Det er ikke etablert systemer som er rettet inn mot de helhetlige pasientforløpene, men derimot mange ordninger mot de ulike delleveransene. Det videre arbeidet med samhandlingsreformen er helt avhengig av at ansattes organisasjoners trekkes inn i arbeidet. Dette må skje innenfor rammen av lovgivningen og med respekt for etablerte avtaleordninger, men det må også gjøres til tema hvordan det kan utvikles samarbeidsordninger som har de helhetlige pasientforløpene som referanseramme.



Figur 14.1

14 IKT i helse- og omsorgssektoren

14.1 Innledning

Regjeringen har i sin strategi for fornying av offentlig sektor understreket at utvikling av offentlig sektor er viktig redskap for å sikre velferden i Norge. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel i fornyingsarbeidet og blir i stadig sterkere grad en forutsetning for velferds-samfunnet, jf. eNoreg 2009 og St.meld. nr. 17 (2006–2007) Eit informasjonssamfunn for alle.

I Nasjonal helseplan (2006) ble bruk av IKT framhevet som et viktig hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål. Regjeringens nasjonale strategi for elektronisk samhandling i helse og omsorgssektoren (2008–2013), Samspill 2.0., viderefører intensjonene i Nasjonal helseplan og gir retning for samordning av IKT utviklingen i sektoren. De forslag som framkommer i denne meldingen er forankret i Samspill 2.0 som er den siste av fire strategier for økt teknologianvendelse i sektoren.

IKT har i seg selv ingen egen berettigelse, og har kun berettigelse så langt den fungerer som et hjelpemiddel for å yte gode tjenester i hele pasientforløpet. Utgangspunktet for anvendelse av teknologi og samhandlingsløsninger må baseres på hvordan pasientbehandling kan understøttes best

mulig gjennom tilgang til informasjon som grunnlag for god diagnostikk, pasientbehandling og pleie. Det er viktig å understreke i denne sammenheng at innføring av IKT må kombineres med organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring.

Teknologien skal legge til rette for at all nødvendig informasjon er tilgjengelig ved behov der hvor pasienten befinner seg for å ivareta sømløse pasientforløp. Pasienten skal være informert, og i den utstrekning det er mulig, være en aktiv deltager i behandlingen. Sekundært skal databehandlingen også være et hjelpemiddel for andre formål, administrasjon og styring av virksomheten, kvalitetsforbedringer, forskning og som aggregerte data gi grunnlag for styring av sektoren inklusive planlegging av ressurser mv.

Mer integrerte diagnostiserings-, behandlings- og pleieforløp på tvers av organisatoriske skillelinjer (statlige, kommunale og private), vil tvinge fram nye måter å utnytte understøttende IKT-løsninger på. Bruk av IKT til undersøkelse, monitorering, behandling, administrasjon, kunnskapshåndtering og opplæring vil kunne føre til at brukerne ikke behøver å reise til sykehus og derved føre til

Boks 14.1 TrygghetsNett – bruk av IKT på nye måter

Vi må arbeide på nye måter, og teknologiske nyvinninger må utvikles som hjelp til pasienter og pårørende. Prosjekt TrygghetsNett er et prosjekt i kommunesamarbeidet (12k) i Vestfold der målet er å hjelpe kronisk syke hjemmeboende med hjelpebehov og deres pårørende.

Prosjektet har en forebyggende hensikt der man ved bruk av IKT skal bidra til at pasientene og pårørende får økt kunnskap og kompetanse til å mestre hverdagen. Målene er å forebygge og utsette innleggelse i institusjon for pasientene, å forebygge utbrenthet hos pårørende, og legge til rette for sosiale nettverk. Målgrupper er pårørende til barn og unge, pasienter rammet av slag og demens.

Billedtelefon, læringsprogram, nettverk og en kommunal base skal sammen danne et læringslandskap og gi trygghet for brukerne. Pårørende møtes i et nettverk med andre som er i samme situasjon. Diskusjonsforum foregår i et lukket nett, og dette er kostnadsfritt for deltakerne.

De 6 kommunene Nøtterøy, Tønsberg, Horten, Larvik, Sandefjord og Re deltar i prosjektet. Prosjektet er organisert ved at hver kommune påtar seg å være vertskommune og drifter av nettverket for én målgruppe hver. Høgskolen i Vestfold skal evaluere den delen av prosjektet som har barn og unge som målgruppe.

Lenke:

<http://www.12k.no/trygghetsnett.htm>

besparelser i reisekostnader og reisetid. IKT kan også bidra til å utsette institusjonalisering av brukerne, gjøre dem mer selvhjulpne og gi dem et bedre lokalt omsorgstilbud gjennom nettbaserte tjenester.

14.2 Hovedutfordringer

Helse- og omsorgssektoren er informasjonsintensiv og informasjonssensitiv. Det har over en 10-års periode vært gjennomført nasjonale IKT-strategier i sektoren. Disse har blitt stadig mer konkrete og tiltaksorienterte. Mange resultater er oppnådd, men gevinster er ikke realisert og målene er ikke nådd:

- elektroniske pasientjournaler er anskaffet, men papir benyttes fremdeles og de elektroniske systemene kommuniserer i begrenset grad
- Norsk Helsennett er etablert og mange aktører tilknyttet, men fremdeles for få aktører, for lite kommunikasjon og for få innholdstjenester
- lovtilstanden er delvis til hinder for effektiv informasjonsdeling eller tilgang

14.2.1 Utfordringsbildet

Kort oppsummert er utfordringsbildet knyttet til å få ytterligere gevinstrealisering knyttet til stikkordene nedenfor.

- *Styring.* Det er enighet om mål, men forventningene er høye. Det er mange aktører som forholder seg til ulike styringslinjer. Myndighetsrollen er uklar og krevende. Den nasjonale styring og samordning er svak og få virkemidler er tilgjengelig.
- *Aktørbildet er sammensatt, interessentene er mange, og styrkeforholdet mellom dem er skjevt.* IKT-feltet i helsesektoren er fragmentert. Feltet karakteriseres ved at det er mange aktører med ulike agendaer, uklare rolle- og ansvarsdefinisjoner og fravær av et nasjonalt overgripende sentrum som leder og styrer utviklingen på feltet.
- *Lederskap.* Både sentralt og lokalt er det strategiske og taktiske lederskapet mangelfullt.
- *Lokal autonomi.* Aktørene er autonome og relaterer i liten grad til en nasjonal styrings- og gjennomføringsramme.
- *Driftsmiljøene* er heterogene, noen er små og ansvaret avgrenset, noen er store og har komplekse leveranser.

- *Ansvar for gjennomføring.* Ansvaret for gjennomføring ligger hos den enkelte aktør (helseforetak, kommune, selvstendig næringsdrivende leger). Aktørene refererer til at gjennomføring av tiltak er forbundet med høye kostnader, uklar og ujevnt fordelt nytte.
- *Ansvar for samhandlingskjeder og nødvendig informasjon.* Aktørene forholder seg til egen virksomhet og egne ansvarsområder.
- *Teknologisk plattform.* Det er krevende å introdusere standardisert meldingsutveksling i et helsevesen som over lang tid har bygd opp en omfattende portefølje med et mangfold av ulike systemer. Teknologien er i utvikling; standarder og krav videreutvikles kontinuerlig og raskere enn aktørenes evne til iverksetting.
- *Organisatorisk kompleksitet.* Det er krevende å tilrettelegge nye rutiner og arbeidsprosesser, sikre nødvendig kompetanse samt interesse og tid hos helsepersonell. Det har til en viss grad vært vanskelig å forene fag- og IKT-interessene.
- *Lover og forskrifter.* Det er få eller ingen lover/forskrifter som stiller krav til aktørenes/profesjonsutøvernes anvendelse av elektroniske løsninger.
- *Økonomiske gevinster.* Utviklingen krever tunge investeringer. Innsats og gevinst er ulikt fordelt, selv om løsningene gir gevinst for pasient og samfunnet er det en forutsetning at alle deltar for at alle skal få gevinster. Gevinstene kommer ikke nødvendigvis der hvor investeringen foretas og har i for liten grad blitt realisert.
- *Leverandørene.* Implementering av standarder er avhengig av innsats fra systemleverandørene, men bestillingene er lite koordinert, myndighetskravene uklare og kundenes prioriteringer varierer. Leverandørene er gjennomgående små og har til tider problemer med å klare leveranser. I tillegg savnes det effektive arenaer for god samhandling mellom myndigheter, virksomheter og leverandører.
- *Kultur/holdninger.* Behov for atferdsendringer og endring i arbeidsprosessene og en sterkere integrasjon mellom fag- og IKT-ressursene. Det er behov for kompetanseutvikling.

14.2.2 Endrede teknologiske forutsetninger gir utfordringer for personvernet

Et godt personvern er ikke bare begrenset til spørsmål om den enkeltes rett til å bestemme hvem som kan få tilgang til opplysningene, men innebærer også krav til hvordan personopplysning

ger skal behandles, innsynsrett og sikring av personopplysninger. For pasienten er også det viktig at behandlingen av helseopplysninger skjer på en måte som kan sikre en effektiv og forsvarlig helsehjelp.

En stadig større del av sektorens kunnskap og data er i ferd med å bli digitalisert. Dette åpner for nye måter å registrere, lagre, sammenstille og tilgjengeliggjøre informasjonen på som igjen kan understøtte bedre kvalitet, samarbeid og samhandling. Nye kommunikasjonsformer og informasjonssystemer vil imidlertid også medføre nye utfordringer når det gjelder å sikre at informasjonen bare er tilgjengelig for de som har behov for den i forbindelse med pasientbehandling både internt i virksomheten og mellom virksomheter.

Elektronisk pasientjournal, gir i motsetning til papirjournalen muligheter for en mer spesifikk kontroll med hvem som skal kunne få se hvilke opplysninger i journalen. Det er fare for uautorisert innsyn i papirjournaler (som fremdeles brukes). Slikt innsyn kan være vanskelige å avdekke. Til tross for utfordringene som er knyttet til elektronisk tilgang til journalopplysninger, gir likevel de mekanismer for tilgangsstyring som alt er tatt i bruk betydelig bedre mulighet for å hindre at andre enn de som har et tjenstlig behov får tilgang til journalopplysninger, enn kontroll av tilgang til papirjournaler.

14.3 Mål for bruk av IKT

I utviklingen av IKT-politikken er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder både;

- I forholdet mellom tjenesteyter/behandler og pasient/brukere. Dette innebærer bl.a. elektronisk timebestilling, helseinformasjon/ -opplæring, online-konsultasjoner/ telemedisin og tilgang til egen journal.
- I forholdet mellom de ulike tjenesteytere/behandlere. All dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk.

For å nå målene vil tre innsatsområder stå sentralt i regjeringens arbeid:

- styrke nasjonal styring og koordinering av IKT for helse- og omsorgssektoren
- vurdere å innføre tidsfrister for oppkobling til et sikkert norsk helsenett for kommunikasjon av meldinger
- utrede utvikling av en nasjonal kjernejournal

14.4 Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT

Det er behov for en klarere nasjonal strategisk styring og ledelse av utviklingsarbeidet både når det gjelder myndighetsfunksjoner og implementering av nasjonale løsninger. Det er nødvendig å justere styringsmodellen for IKT i helse- og omsorgssektoren, med en tydeliggjøring av myndighetsrollen og viktige virkemidler. I dag er ansvaret fragmentert og delt mellom mange aktører og institusjoner og dette gir ikke tilstrekkelig koordineringskraft for utviklingsarbeidet. I utviklingsarbeidet er det nå særlig viktig at det utvikles infrastruktur som legger til rette for samhandling mellom aktørene. Infrastruktur bør defineres som et nasjonalt ansvar. Videre vil et statlig eiet foretak ha andre virkemidler og fullmakter enn et selskap eiet av de regionale helseforetak. Endelig må kommunesektoren tyngre inn i arbeidet med infrastruktur.

Dersom nasjonale fellesløsninger skal realiseres, vil dette sette nye krav til økt, tettere og mer forpliktende samarbeid mellom brukere, IKT-arkitekter og de som leverer IKT-tjenestene til helse- og omsorgssektoren.

Felles nasjonale IKT-løsninger må driftes og utvikles av en ansvarlig enhet på vegne av helse- og omsorgssektoren. En slik enhet må ha et ansvar for utvikling og drift av en «klasse» av løsninger som må kvalifisere til å være nasjonal fellesløsninger for helse- og omsorgssektoren.

Basert på en videreutvikling av Norsk Helsenett vil det fra sommeren 2009 etableres en ny nasjonal enhet for utvikling og drift av IKT-infrastruktur for helse- og omsorgssektoren. Enheten etableres som et statsforetak og Helse- og omsorgsdepartementet skal forvalte eierskapet. Foretaket skal gis rolle og oppgaver som er forankret i den helhetlige strategi for helse- og omsorgssektorens IKT-utvikling som Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter. Det vises til omtale av saken i St.prp. nr. 67 (2008–2009), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2009.

En nasjonal enhet for IKT-infrastruktur bør ha ansvaret for utvikling og drift av løsninger som kan øke graden av felles informasjonsutveksling til beste for befolkningen, pasienter og helsepersonell. Denne samlede kompleksiteten i helse- og omsorgssektoren gjør at etablering av felles funksjoner bør gjøres med utgangspunkt i det som sektoren må gjøre i fellesskap for å sikre effektiv informasjonsutveksling.

Det vil arbeides videre med å finne fram til en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom en felles nasjonal enhet for IKT-infrastruktur

og øvrige aktører, herunder de regionale IKT-enhetene for de regionale helseforetakene, interkommunale og kommunale IKT-enheter og leverandører av IKT-tjenester til primærhelsetjenesten.

I tillegg vil det være vesentlig å ha fokus på leverandørutvikling. Å være krevende kunde innebærer at den statlige etaten stiller profesjonelle krav til sine leverandører. Det forutsetter også at etaten selv opptrer profesjonelt ved utvelgelsen av leverandører og bruker kriterier som er klare og entydige. Erfaringer viser at statlige etater som opptrer som krevende kunder kan bidra til å fremme innovasjon og konkurranseevnen hos sine leverandører. Likeledes kan offentlig sektor gjøre en rimeligere og bedre anskaffelse til beste for samfunnet.

14.5 Tidsfrister for oppkobling til et sikkert norsk helsenett for kommunikasjon av meldinger

For å få til god samhandling mellom nivåene og mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren, har det gjennom nasjonale strategier vært fokus på å øke den elektroniske informasjonsutvekslingen. Elektronisk samhandling foregår i langt mindre utstrekning enn de mål som er satt i nasjonale strategier. Departementet mener at for å kunne ta ut effektiviseringsgevinster samt oppnå helsepolitiske gevinster må elektronisk informasjonsutveksling og samhandling mellom aktørene i langt større grad skje elektronisk. Elektronisk kommunikasjon i full skala vil kreve utbygging, standardisering av den elektroniske infrastrukturen i helse- og omsorgssektoren, og større tjenestetilbud i Norsk Helsenett.

Regelverket har ligget noe tilbake for den helsefaglige, organisatoriske og teknologiske utviklingen. Dagens lovverk er formulert i en tid da helsehjelpen i langt mindre grad forutsatte behandlingskjeder på tvers av juridiske enheter. Dagens teknologi muliggjør en deling av informasjon på tvers av virksomheter og nivåer som kan utnyttes for å gi bedre pasientbehandling, bedre mulighet til å ivareta personvernet, mindre pasienttransport og bedre utnyttelse av helsesektorens ressurser.

Regjeringen mener at det på områder som betyr mye for tjeneste og befolkning bør vurderes å settes tidsfrister for når bestemte utviklingsmål skal være nådd. Områder som vurderes er eksempelvis:

- oppkobling til felles sikkert helsenett for alle aktører

- elektronisk meldingsutveksling mellom aktørene (henvisninger, prøvesvar, sykemeldinger, takstoppgjør mv.)
- elektronisk pasientjournal – som kan kommunisere og sende tilgjengelig informasjon på tvers av virksomhetsgrenser

Siden etableringen av Norsk Helsenett i 2004 er en rekke virksomheter blitt tilknyttet helsenettet. I dag er 100 pst. av helseforetakene er koblet til Norsk Helsenett. I underkant av 40 pst. av norske kommuner, om lag 90 pst. av fastlegene og 70 pst. av fastlegekontorene er koblet til Norsk Helsenett. I tillegg til fastlegene finnes det noen flere grupper av helsepersonell som har avtaler med eller utfører oppdrag/behandling for det offentlige. For disse gruppene er den prosentvise andelen av tilkoblede enheter betydelig lavere enn for fastlegene.

For å oppnå kostnadseffektivitet og gevinstrealisering knyttet til elektronisk samhandling, er det nødvendig at aktørene faktisk benytter de IKT-systemer som er utviklet og investerer i felles infrastruktur for elektronisk kommunikasjon. Det er departementets synspunkt at leger og behandlere som tar del i et offentlig finansieringssystem – her en refusjonsordning som for de fleste utgjør en vesentlig del av inntektsgrunnlaget – må ta i bruk systemer som har stor effektiviseringsgevinst for det offentlige. Investering i IKT må nå oppfattes som virkemiddel som er en naturlig del av privat og offentlig tjenestevirksomhet/utøving.

Tilknytningen til helsenettet krever en grunnleggende IKT- infrastruktur for virksomheten, tilfredsstillende minstekrav til teknisk utrustning og sikkerhet, herunder digitale signaturer for eksempel ved bruk av teknologien PKI (Public Key Infrastructure). Tilknytning til helsenettet krever således investeringer og medfører driftsutgifter for å etablere og gjennomføre elektronisk kommunikasjon.

Per utgangen av 2008 hadde nær alle helseforetak og fastleger innført elektronisk pasientjournal (EPJ) og i overkant av 80 pst. av sykehjemmene og 60 pst. av helsestasjonene hadde startet innføring av EPJ. Dette viser at virksomhetene nærmer seg fullført innføring av EPJ.

Etableringen av et nasjonalt foretak for IKT-infrastruktur med et eierskap forvaltet av Helse- og omsorgsdepartementet gir bedre forutsetninger for å arbeide med spørsmål knyttet til om det på de ulike områdene skal settes absolutte krav om at tjenesteaktørene innen et nærmere angitt tidspunkt skal være koblet opp til og ha tatt i bruk de nasjonale fellesløsningene. Departementet mener at både hensynet til kvalitet og kostnadseffektiv res-

sursbruk tilsier at bruk av tidsfrister nå bør bli en sentral styringsteknikk. Dersom det skal settes tidsfrister, må det i forkant kartlegges hva dette vil kreve av endrede eller økte drifts- og investeringsutgifter, og at det er realistisk at aktørene kan dekke utgiftene innenfor sine ordinære budsjett-rammer. Eventuelle bevilgningsøkninger må håndteres de ordinære budsjettprosesser. Før beslutning tas må det også være kartlagt hvilke andre forutsetninger som må være på plass før det er realistisk å sette tidsfrister. Herunder om det er tjenestetilbud i nettet som gjør det rimelig å pålegge tilknytning og at aktørene har utviklet den nødvendige kompetansen.

14.6 Utrede utvikling av en Nasjonal kjernejournal

Det er ofte i akutte situasjoner viktig å ha tilgang til vital informasjon om den enkelte pasient ved innleggelser eller ved behandling ved annet legekonsultor enn hos fastlege. En stor del av behovet i den sammenheng kan dekkes ved rask tilgang til samlet nødvendig og basal informasjon i strukturert form, heretter kalt kjernejournal.

En legemiddeldjournal, ofte kalt et medisinkort, som føres i felleskap og er tilgjengelig for de som skal administrere legemidlene vil være et viktig verktøy for sikker oppfølging av en pasients behandling. En oversikt over legemidler i bruk kan være en del av en samlet strukturert kjernejournal. Andre elementer med stor nytteverdi i en kjernejournal vil kunne være oversikt over pasientens allergier, behandlinger som ikke må gis, kontaktinformasjon (f.eks. fastlege, nærmeste pårørende), kronologi over hvor pasienten har vært behandlet tidligere, evt. med informasjon om fagområde og om elektronisk epikrise finnes.

Verdien av en kjernejournal kan eksemplifiseres ved legevaktsordningen som over tid har endret seg fra i hovedsak å være en lokal hjemmebesøksordning til å gå i retning av å bli store ordninger bestående av flere kommuner og betjent av mange leger. Legene som betjener de store legevaktene kjenner pasienten sjelden fra før, ofte kjenner heller ikke legen til det lokale hjelpeapparatet, og legen har ingen tilgang til pasientens journal verken hos fastlegen eller i sykehuset. Legen må da basere seg på det pasienten kan fortelle. Ved alvorlig sykdom hos pasienten kan det ofte være vanskelig i innhente nødvendig informasjon fra pasienten, herunder også kunnskap om egen legemiddelbruk. Usikkerhet omkring medisinske opp-

lysninger er en viktig innleggelsesårsak og legevakten står for om lag halvparten av sykehusinnleggelsene i Norge. Tilgang til kjerneopplysninger om pasienter vil kunne endre situasjonen og forhindre at gamle og kronisk syke unødvendig blir utsatt for de store belastningene som en sykehusinnleggelse innebærer. En rekke land arbeider i dag med prosjekter for nasjonale kjernejournaler eller nasjonal pasientoversikt, herunder Danmark, Sverige, Skottland og Nederland.

Dagens meldingsutveksling, som gjennomføres ved at meldinger *sendes* fra en aktør til de som det antas trenger informasjonen, bør komplimenteres med en kjernejournal der informasjon kan hentes etter behov og ut fra gyldig autorisasjon. En kjernejournal forutsetter en nasjonal sikkerhetsløsning der helsepersonell kan autentiseres og basert på den gitte autorisasjonen og deres relasjon til pasienten, kan hente informasjon som er klarert for utsendelse (for eksempel epikriser).

Kjernejournal vil kunne;

- forebygge utilsiktede hendelser i diagnostikk og behandling
- gi økt trygghet (opplevd og reelt) for helsepersonell og pasienten
- gi pasienten større medinnflytelse og dermed kunne sikre korrekt informasjon i uventede situasjoner
- øke effektiviteten i kritiske situasjoner

Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor utrede utvikling av såkalt Nasjonal kjernejournal, herunder behovet for tekniske løsninger og lovendringer (etablering av register, samtykkevurderinger mv.) og vil komme tilbake til Stortinget med opplegg for oppfølging av saken.

Boks 14.2 Nasjonal kjernejournal

Begrepet nasjonal kjernejournal benyttes her om en IKT-basert løsning der helsepersonell som yter helsehjelp til en pasient kan, gitt autentisering og autorisasjon, få tilgang til et begrenset sett tilrettelagte *kjerneopplysninger* om pasienten. Med kjerneopplysninger menes *livbergende kritisk informasjon* (blodtype, allergier, etc.), gjeldende *medisinering* og *kontaktoversikt/epikriser*. En kjernejournal er *ikke* en journal, men en samling informasjon ekstrahert fra de elektroniske pasientjournaler (EPJ).



Figur 15.1

15 Krav til ledelse og organisering

Samhandlingsreformen legger opp til at enkelte forhold skal tillegges økt vekt i helse- og omsorgstjenesten. Det gjelder at tjenestestedene skal ha større oppmerksomhet mot det helhetlige pasientforløpet som deres tjeneste inngår i, at innsatsen på forebygging og tidlig intervensjon skal økes, inklusiv understøttelse av befolkningens ansvar for egen helse, at dette vil gi kommunenivået en mer framtrædende rolle, at de økonomiske insitamentene bedre skal understøtte de helsepolitiske målene og at IKT på en mer grunnleggende måte skal bli brukt som hjelpemiddel. Reformen vil vanskelig lykkes dersom ikke lederskapene i alle deler av helse- og omsorgstjenesten tar opp i seg disse hensynene i sin lederpraksis. Det er viktig, men ikke nok, at insitamentene skal bli bedre samsvarende med målene for helse- og omsorgspolitikken. I tillegg skal nasjonale lederutviklingspolitikk endres og tilpasses samhandlingsreformen.

15.1 Konsekvenser for spesialisthelsetjenesten

For spesialisthelsetjenesten innebærer forslagene en «spissing» av oppgavene, ved å vektlegge ansvaret for de mer spesialiserte tjenestetilbudene. Dette vil være oppgaver som krever høy, spesialisert kompetanse, og oftest også krever avansert og kostbart utstyr.

Samtidig må spesialisthelsetjenesten utvikle større tilgjengelighet for veiledning for å understøtte kommunehelsetjenestens oppgaver. Dette krever tilrettelegging av samarbeidsformer som er langt tettere enn i dag, og som bl.a. krever at det tas i bruk moderne kommunikasjonsteknologi. Her må spesialisthelsetjenesten med andre ord organiseres og gjøres tilgjengelig ut fra *andres* behov.

Disse to oppgavefeltene kan tilsynelatende virke motstridende, og mange vil hevde at erfaringene har vist at spesialisthelsetjenesten har prioritert «spesialisering» framfor understøttelse av kommunehelsetjenesten og tilrettelegging for samhandling.

I et nasjonalt perspektiv er det imidlertid helt avgjørende at vi utvikler en spesialisthelsetjeneste som evner å håndtere begge disse utfordringsbildene, og som i tillegg evner å samordne egne tjenester for pasienter som har bruk for koordinerte tjenester fra flere spesialiteter. I årene framover vil det gjelde et økende antall av pasientene.

Samhandlingsreformen vil derfor gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en like tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag, og samarbeidet med kommunehelsetjenesten må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå.

15.2 Konsekvenser for kommunene

Et av de mest grunnleggende momenter i reformen er å gi kommunene en ny framtidig rolle.

Oppgavene som vurderes spenner fra økt innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid, til oppbygging av døgnplasser for å kunne behandle enklere medisinske tilstander, og dermed unngå innleggelse på sykehus. Deler av disse oppgavene vil kreve kompetanse som gjør det naturlig for de minste kommunen å samarbeide med andre for å løse oppgavene. Ulike modeller for slikt samarbeid er omtalt andre steder i stortingsmeldingen, og en vil derfor her i hovedsak fokusere på de ledelsesmessige og organisatoriske utfordringene som kommunene uansett vil stå overfor.

Utvikling av en ny kommunehelsetjeneste vil selvsagt sette store krav til kommunal organisering og ledelse, men gir da også mulighet for å utvikle kvalitetsmessige tjenester i lokalsamfunnet som vil tjene befolkningen på en rekke områder.

Vi vil her trekke fram tre viktige fokusområder i arbeidet med organisering og ledelse i kommunene. Flere av disse vil også være viktig i spesialisthelsetjenesten, men fordi kommunene står overfor store utviklingsoppgaver, ønsker vi å vektlegge behovene her.

Behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse

En viktig utfordring for kommunene blir å skaffe oversikt over befolkningens behov, og hvilke tiltak som er dokumentert effektive og som kan møte dette behovet. Det handler altså om å skaffe kommunen beslutningsgrunnlag for utvikling av helse-tjenesten. Slik samfunnsmedisinsk kompetanse kan kommunen ha selv, eller dele med andre. I den nye avtalestrukturen som det legges opp til mellom foretak og kommuner, er det forutsatt å avtalefeste et forpliktende samarbeid på en rekke områder. En viktig målsetting for kommunene må derfor være å kunne møte foretakene som likeverdige parter både i utforming og oppfølging av disse avtalene.

Behovet for tydelige ansvarspunkt både organisatorisk og overordnet faglig

Dette behovet tilsvare det som er omtalt for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes med samhandling både innad i, og mellom nivåene, er det vesentlig for både brukere og samarbeidspartnere at det ledelsesmessige ansvaret er tydelig plassert. Mange av de samarbeidsproblemene vi i dag får

rapportert om fra begge nivå, er at oppgavene forventes løst av personell som ikke har tilstrekkelige fullmakter og ansvar. Ikke minst blir dette viktig å avklare der flere kommuner samarbeider om tjenesten.

Behovet for mer systematisk organisering av brukermedvirkning

En av hovedkonklusjonene i reformarbeidet er behovet for å understøtte brukernes evne til å mestre egen helse. Det kan bare gjøres gjennom aktiv deltakelse fra brukerne selv, både på systemnivå i arbeidet med å organisere tilbud, og på individnivå, gjennom måten den enkelte gis mulighet til individuell tilpassning av tilbudet. Erfaringene fra organisering av brukerutvalg i helseforetakene har gitt brukerne medinnflytelse på systemnivå som det er nødvendig å utvikle også i kommunene.

I tråd med de forslag som samhandlingsreformen ellers vurderer, er det overordnet viktig for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten at målet om en sammenhengende nasjonal helsetjeneste er synlig både i organisering og ledelse av tjenestene på alle nivå.



Figur 16.1

16 Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner representerer en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv, også i forhold til samfunnsområder der det offentlige har påtatt seg ansvar og der ansvaret er reflektert gjennom tjenester som ytes til befolkningen. Regjeringen la i 2007 fram for Stortinget et samlet opplegg for en ny og helhetlig frivillighetspolitikk, jf. St.meld. nr. 39 (2007–2008), Frivillighet for alle. Meldingen ser på forholdet mellom frivillig sektor og gjennomgår herunder forhold av tverrgående og overordnet karakter. Det understrekes at det er det enkelte departement som har ansvar for frivillighet på sitt område. Innenfor meldingens ramme behandles også temaer med stor relevans for arbeidet med samhandlingsreformen. I et eget kapittel om velferd og folkehelse blir særskilte utviklingstiltak presentert. Et eget kapittel behandler helseorganisasjoner mv. blant annet med vekt på frivillige organisasjoners arbeid innenfor omsorgssektoren og innenfor rusfeltet, kosthold og tobakksforebygging med mer. Også andre deler av meldingen har stor relevans for helse- og omsorgssektoren, blant annet idrettsarbeid og betydningen i forhold til forebygging.

Arbeidet med frivillighetspolitikk og forholdet til frivillige organisasjoner er et kontinuerlig element i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med utviklingen av helse- og omsorgspolitikken. Det er flere grunner gjør at departementet mener at det i arbeidet med samhandlingsreformen bør settes et særskilt fokus på frivillige organisasjoners rolle og hva som er aktuelle samarbeidsområder og samarbeidsmønstre mellom det offentlige og organisasjonene.

I samhandlingsreformen gis det stor oppmerksomhet til kommunenes rolle, både deres rolle i forebyggende arbeid og med tiltak som skal bidra til at pasienter og brukere mestrer sine livssituasjoner. Dette er områder der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kan bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene.

Endringer og dynamikk i samfunnslivet gjør at det oftere enn tidligere kan utvikles nye behovstyper eller grupper med behov overfor den offentlige

helse- og omsorgstjenesten. Hvilke av disse behovene som bør dekkes må avklares gjennom de ordinære prosessene for prioriteringsavklaringer. De frivillige organisasjonene kan ha en viktig rolle i å bringe de «ikke-sette» behovene inn i disse prosessene. I en del tilfeller kan det også være naturlig å vurdere om de frivillige organisasjonene, ut fra deres fleksibilitet og nærhet til brukerne bør ivareta visse tjenesteytende oppgaver.

På mange av helse- og omsorgstjenestens områder går tjenestenes målsettinger ut over å gjøre menneskene friske i medisinsk forstand. Målet er ikke nådd før det er lagt til rette for at pasient mestrer bredden av utfordringer i sine livssituasjoner. Utviklingen av sosiale nettverk er en viktig faktor i dette. Frivillige organisasjoner vil her kunne ha andre forutsetninger til å bidra enn de offentlige virksomhetene. Frivillighet har en verdi i seg selv gjennom medmenneskelighet, engasjement og sosialt ansvar. Et viktig område som de frivillige organisasjonene kan bidra til å videreutvikle, er likemannsarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet har som en forberedende prosess innledet dialog med de frivillige organisasjonene. Formålet er å drøfte hvordan prosesser bør organiseres for at det innenfor rammen av samhandlingsreformens tenkemåte kan utvikles bedre samarbeid mellom offentlige myndigheter, virksomheter og de frivillige organisasjonene.

Boks 16.1 Røde Kors besøkstjeneste

Gjennom besøkstjenesten får Røde Kors kontakt med mange ensomme, gjerne eldre, som ellers gjerne ikke hadde fått sosial kontakt med andre etter at hjemmesykepleien går hjem. Eksempelvis har besøkstjenesten i Nittedal Røde kors regnet ut at de i 2008 utførte til sammen 3564 frivillighetstimer. Det ville kostet kommunen om lag en million kroner om de skulle utført aktiviteten selv.



Figur 17.1

17 Gjennomføringen av samhandlingsreformen

17.1 Generelt om gjennomføringen

Samhandlingsreformens hovedide er at det over tid må utvikles et vesentlig bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestens ulike aktører. Forbedringen vil skje gjennom samspeilet mellom et knippe av tiltak som Regeringen vil foreslå eller vurdere, fra bedre oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og virksomhetstyper, endret finansieringssystem som gir aktørene insitamenter som bedre samsvarer med helse- og omsorgspolitikkenes målsettinger, bedre nasjonal infrastruktur for IKT med videre. Den konkrete oppfølgingen vil bli tilpasset Stortingets behandling av stortingsmeldingen.

Stortingsmeldingen legger opp til å drøfte de overordnede utviklingslinjene og rammene for en samhandlingsreform. Dette skal gi grunnlaget for den konkrete innretning av tiltak på de ulike utviklingsområdene. Dette vil inkludere beslutninger, blant annet lovendringer, som Regjeringen vil vurdere å legge fram for Stortinget. Med utgangspunkt i rammene som her fastsettes, vil regjeringen ha ansvar for samhandlingsreformens samlede gjennomføringsopplegg.

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at implementeringen av reformen tar opp i seg flere hensyn:

- *Erkjennelsen av utviklingsarbeidets langsiktighet.* Når aktører skal ha nye roller og oppgaver og det skal skje endringer i arbeidsprosessene mellom virksomhetene må det tas hensyn til at det tar tid å utvikle de faglige og kompetansemessige forutsetningene, herunder at det dels skal etableres nye rekrutteringsmønstre og det skal utvikles holdninger i organisasjonene som er tilpasset nye oppgaver og nye forutsetninger.
- *Erkjennelsen av sammenhengen mellom de enkeltstående endringstiltakene.* For eksempel må endret oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skje på en kontrollert måte. Det må være kontroll med at det ikke skjer endringer på ett nivå, men at nødvendige forutsetninger på andre nivåer ikke foreligger.

- *Viktigheten av gode inkluderende prosesser,* der berørte grupper trekkes med i utviklingsarbeidet i samsvar med lov og regelverk. En så bredt anlagt utviklingsprosess som samhandlingsreformen tilsier at det bør legges mye arbeid i at det mellom aktørene utvikles felles forståelse for mål, rammer og hva som er de viktigste suksess- og risikofaktorene.
- *Fokus på framdrift,* blant annet ved at viktige milepæler tidfestes og at dette blir en felles referanseramme for alle involverte aktører.
- *Viktigheten av at gjennomføringen er forankret i en helhetlig risikostrategi med tilknyttet oppfølgingsystem.* Mange utviklingskomponenter inngår i samhandlingsreformen. Disse står i et avhengighetsforhold, for eksempel ved at kommunene ikke kan påta seg nye oppgaver før de kompetanse- og rekrutteringsmessige forutsetningene. Det vil bli etablert et oppfølgingsopplegg som ser de ulike komponentene i sammenheng og som kan vurdere nødvendige endringer eller tilpasninger dersom enkeltstående tiltak ikke blir realisert i samsvar med forutsetningene.

Med dette som utgangspunkt, og med forbehold om at Stortingets behandling av stortingsmeldingen kan gi endringer, vil følgende forhold stå sentralt i gjennomføringen:

- I den grad det skal skje en økt satsing på de kommunale oppgavene må dette avklares i de årlige budsjettproposisjoner.
- Det vil arbeides med sikte på at oppfølgende lovproposisjoner fremmes i 2010.
- Det arbeides ut fra at regjeringen i 2010 skal komme tilbake til Stortinget med konkret forslag til innholdet i den nye finansieringsordningen. Her vil også implementeringsopplegget bli presentert, blant annet i hvilken grad hensynet til at endringene ikke skal gi uakseptabel risiko tilsier en gradvis implementering. Det vil bli lagt vekt på dialog med KS og kommunesektoren for at det hos alle involverte kan utvikles felles forståelse av nødvendige koblinger mellom samarbeid mellom kommunene og det nye finansieringsopplegget.

- 2012 er satt som en viktig milepæl i arbeidet med samhandlingsreformen. Det arbeides ut fra at dette året skal være startåret for opplegget med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

17.2 Lovtiltak

Oppfølgingen av de lovtiltak som omtales i stortingsmeldingen må, både hva gjelder tempo og innhold, håndteres med utgangspunkt i Stortingets behandling av meldingen. Generelt kan sies at Helse- og omsorgsdepartementet på områder som dekkes av dette departements ansvar, vil arbeide ut fra en intensjon at de lovforslag som omtales i meldingen kan fremmes overfor Stortinget i 2010. Dette gjelder endringer i kommunehelsetjenesteloven som skal tydeliggjøre de nye kommunale oppgavene, vurdering av ny felles helse- og sosiallov for kommunene, lovgrunnlaget for den nye samarbeidsordningen mellom kommuner og helseforetak – og med den tilknyttede nasjonale myndighetsoppfølgingen og likeens de omtalte lovendringene om personlig koordinatore og tiltak som skal understøtte bedre pasientforløp.

17.3 Dialog og prosesser med berørte grupper

Helse- og omsorgsdepartementet vil vektlegge dialog med de ulike aktørgruppene, slik at det kan utvikles best mulig felles forståelse for helhet og utfordringer i implementeringen. I tillegg gir dette også muligheter for å identifisere behovet for korrigerende tiltak.

Det er et viktig element i arbeidet med samhandlingsreformen å utvikle medvirkningsordninger for pasientorganisasjonene som i større grad er rettet inn mot de helhetlige pasientforløpene. Dette vil framover bli gjort til tema i dialog mellom Helse- og omsorgsdepartementet og pasientorganisasjoner. I tillegg skal det pekes på at det formaliserte opplegget for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak gir et godt grunnlag for å trekke inn medvirkningsprosesser som tar utgangspunkt i de helhetlige pasientforløpene.

Det videre arbeidet med samhandlingsreformen er helt avhengig av at ansattes organisasjoners trekkes inn i arbeidet. Dette må skje innenfor rammen av og med respekt for alle etablerte avtaleordninger, men det må også gjøres til tema hvordan det kan utvikles samarbeidsordninger som har de helhetlige pasientforløpene som utgangspunkt.

Endrede roller og samarbeidsmønstre mellom kommuner og helseforetak står sentralt i samhandlingsreformen. Et godt resultat er avhengig av at dette skjer på en koordinert måte, både nasjonalt og lokalt, og at utviklingsarbeidet er forankret i en felles forståelse av risikosituasjonen – slik at det er felles forståelse for når det er nødvendig med korrigerende tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samråd med Kommunal- og regionaldepartementet og Helsedirektoratet etablere dialogprosesser med KS for sikre at det kommende utviklingsarbeidet forankres i felles forståelse av hvordan de kommende prosesser som skal gjennomføres.

Når det gjelder utviklingstiltak av allmennhelsetjenesten, vil det legges vekt på dialog og prosesser med KS/Oslo kommune og Dnlf som avtaleparter med staten.

En av de største endringene som har skjedd for helse- og omsorgstjenesten de siste tiårene er innslaget av personer med minoritetsbakgrunn. Dette gjelder både på bruker – og behovssiden samt på tjenestesiden. Etter hvert gjennomføres det på mange tjenestesteder prosesser som kan identifisere utfordringer og muligheter som denne utviklingen gir, med iverksetting av relevante tiltak og strategier.

Helse- og omsorgsdepartementet mener at det som et supplement og overbygning til arbeid som nå skjer på de ulike tjenestestedene, bør iverksettes systematiserte dialogprosesser med minoritetsmiljøene. Særsilt bør det der fokuseres på utfordringer og muligheter som samhandlingsreformens tilnærningsmåte gir for minoritetsgrupper. Departementet har iverksatt forberedende prosess med relevante organisasjoner for at det skal kunne finnes fram til god innretning på framtidige prosesser.

I gjennomføringen av samhandlingsreformen vil det bli gjennomført dialogprosesser med Stortinget om oppfølgingen overfor den samiske befolkningen.

Helse- og omsorgsdepartementet har som en forberedende prosess også innledet dialog med de frivillige organisasjonene. Formålet er å drøfte hvordan prosesser bør organiseres for at det innenfor rammen av samhandlingsreformens tenkemåte kan utvikles bedre samarbeid mellom offentlige myndigheter og virksomheter og de frivillige organisasjonene.

Samhandlingsreformen behandler ikke rammebetingelsene for i hvilken grad private aktører skal trekkes inn i leveransene av helse- og omsorgspolitikkenes tjenester. Innenfor de rammer som en hver tid gjelder bør det legges opp til at det er dialoger mellom myndighets- og tjenestenivå

ene og de private aktørene. Samhandlingsreformens og øvrige målsettinger for helse- og omsorgspolitikken bør være referanseramme for dialogen. I dialogen bør det også legges vekt på at

de private aktørene gis forutsetninger for å være gode leverandører og at det også ligger til rette for at de kan være gode arbeidsgivere for sine ansatte.



Figur 18.1

18 Økonomiske og administrative konsekvenser

Siktemålet med stortingsmeldingen er å presentere en god forståelse av helse- og omsorgsektorens samhandlingsutfordringer og på dette grunnlaget beskrive og drøfte aktuelle tiltak for å møte utfordringene. På noen områder inneholder meldingen forslag om tiltak som skal gjennomføres eller den omtaler hovedlinjer som skal følges i det videre utviklingsarbeidet. På andre områder drøfter meldingen skisser til alternative løsninger, men uten at det gis konkret valg av løsning.

Hvilken vekst som samlet vil komme til helse- og omsorgssektoren forutsettes avklart i de ordinære plan- og budsjettprosesser. Meldingen er basert på at det skal legges til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene. Regjeringen vil komme tilbake til eventuelle forslag om konkretisering og iverksetting av de tiltak som har budsjettmessige konsekvenser, i forbindelse med de årlige budsjettforslag.

Dette opplegget skal legge til rette for at både samlet ramme for utgiftsøkning og også ressursfordelingen mellom de ulike områdene innenfor helse- og omsorgssektoren skal komme under best mulig helhetlig politisk styring. Med de økonomiske utfordringene som helse- og omsorgssektoren står overfor vil det legges vekt på tiltak som viser seg kostnadseffektive.

Meldingen skisserer de hovedlinjer som regjeringen mener bør følges når samhandlingsreformen skal realiseres. Viktige elementer i dette er:

- Utvikling av en pasientrolle som gis større mulighet enn i dag til å være rettet inn mot helhetlige pasientforløp.
- Utvikling av en ny framtidig kommunerolle, med vektlegging av forebygging, tidlig intervensjon, lavterskeltilbud og tverrfaglige tiltak.
- Endring av finansieringssystemet, der kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten utgjør et viktig element.
- Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.
- Det skal framover legges til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgstjenestens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet.
- Ved en eventuell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten skal tilknyttede ressurser følge med.
- Det skal framover legges til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak kommer i kommunene. Økt kapasitet skal imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid til prioriterte pasientgrupper og en styrking av det allmennmedisinske offentlige oppgaver.
- En IKT-strategi som både legger til rette for elektronisk kommunikasjon mellom tjeneste og pasienter men også tilrettelegger for kommunikasjon og samarbeid mellom alle deler av tjenesten. En ny enhet for utvikling og drift av IKT-infrastruktur under eierskap av Helse- og omsorgsdepartementet er et sentralt element i strategien.
- Skissering av utviklingslinjer for utdannings- og personalpolitikk som understøtter samhandlingsreformens målsettinger.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009 om samhandlingsreformen blir sendt Stortinget.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Post og distribusjon
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Faks: 22 24 27 86

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:
Akademika AS
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 84 Blindern, 0314 Oslo
E-post: offpubl@akademika.no
Telefon: 22 18 81 00
Faks: 22 18 81 01
Grønt nummer: 800 80 960

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Design collager: Magnolia design as
Foto: Henriette Berg-Thomassen
Illustrasjoner: Anne Kristin Hagesæther

Trykk: 07 Gruppen AS – 06/2009

