

Høringsnotat

Nasjonal helseplan (2007-2010)

Tematisk gjennomgang av status og
utfordringer på sentrale områder

Mai 2006

DEL I Rammer og spørsmål til høringsinstansene	6
1. Rammer og spørsmål til høringsinstansene.....	7
1.1. Rammer og bakgrunn for høringsnotatet.....	7
1.2. Spørsmål til høringsinstansene	10
DEL II Felles utfordringer i helsetjenesten	11
2. Utfordringer for folkehelsen - forebygging	13
3. Strategi for kvalitet og prioritering.....	15
3.1. Bilde av området. Avgrensninger. Forholdet til helheten i planen.	15
3.2. Utviklingstrekk.....	16
3.3. Status og utfordringer	17
3.4. Sentrale satsingsområder.....	20
4. Strategi for samhandling.....	20
5. Psykisk helse	23
5.1. Innledning	23
5.2. Status for psykisk helsevern	24
5.3. Utfordringer for helseplanperioden.....	25
6. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten.....	26
6.1. Innledning	26
6.2. Status for IKT i helsetjenesten	27
7. Forskning for bedre helse	30
7.1. Forskning i helsetjenesten.....	30
7.2. Mer og bedre forskning i helsetjenesten	31
7.3. Særsilt kompetanseoppbygging	32
7.4. Målrettet forskning - store kliniske studier	33
7.5. Forskning for verdiskapning.....	33
8. Tverrfaglige satsinger, handlingsplaner og strategier.....	33
8.1. Innledning	33
8.2. Samhandling og koordinering.....	34
8.3. Beredskap.....	35
8.4. Oversikt over nasjonale strategier og handlingsplaner	36
DEL III Den kommunale helse- og sosialtjenesten	38
9. Den kommunale helse- og sosialtjenesten.....	39
9.1. Dagens tjenestetilbud.....	40
9.2. Helse og lokaldemokrati	43

9.3.	<i>Framtidas omsorgsutfordringer</i>	43
9.4.	<i>En sammenhengende behandlingskjede</i>	45
9.5.	<i>Fastlegeordningen</i>	46
DEL IV	Spesialisthelsetjenesten	50
10.	Organisering og styring	51
10.1.	<i>Innledning</i>	51
10.2.	<i>Overordnet om foretaksmodellen</i>	53
10.3.	<i>Dagens status og utfordringer</i>	53
10.4.	<i>Evaluerings av helseforetaksmodellen</i>	55
11.	Kapasitet og struktur	56
11.1.	<i>Hva forstår vi med kapasitet?</i>	56
11.2.	<i>Utviklingstrekk</i>	57
11.3.	<i>Kapasitetsbehov for helseplanperioden</i>	57
11.4.	<i>Struktur</i>	58
11.5.	<i>Oppgavefordeling mellom sykehus</i>	59
12.	Investeringer i spesialisthelsetjenesten	60
12.1.	<i>Inntektsmodell og finansiering av investeringer</i>	61
12.2.	<i>Hva er det investert for</i>	61
13.	Lokalsykehus	63
13.1.	<i>Overordnede rammer og innhold</i>	63
13.2.	<i>Lokalsykehusene - del av behandlingskjeden</i>	64
13.3.	<i>Fødetilbud</i>	64
13.4.	<i>Akutfunksjoner</i>	64
14.	Utdanning av helsepersonell	65
14.1.	<i>Bakgrunn</i>	65
14.2.	<i>Tiltak og strategier</i>	66

Forord

Norge har av FN blitt kåret fem år på rad som verdens beste land å bo i. Et godt helsevesen er en av faktorene som gjør at Norge får en slik vurdering.

Vi brukte om lag 170 mrd. kroner på helse i 2004. Med dette ligger Norge i verdenstoppen for investering i god helse for våre innbyggere. Derfor har vi også forventninger om at norsk helsetjeneste skal være av god kvalitet på alle nivå.

Norge har hatt store omveltninger i helsesektoren de siste fem år. Sykehusreformen og fastlegeordningen er to av flere store reformer som direkte har påvirket helsetilbudet. Ventetidene er redusert, flere får behandling hos fastlegen og spesialisthelsetjenesten og de aller fleste pasienter er svært fornøyd med behandlingen de får. Vi er nærmere målet om at alle skal sikres likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet uavhengig av bosted, sosial status, personlig økonomi, etnisitet eller diagnose.

Til tross for en god utvikling på mange områder står norsk helsevesen foran store utfordringer i årene framover.

- Vi lever lenger og flere vil få sykdommer som krever langvarig behandling
- Spesialisering i tjenestene fører til økt behov for samhandling og samarbeid
- Det er behov for bedre informasjonsflyt i helsevesenet ved hjelp av elektronisk teknologi.
- Det er forskjeller i kvalitet i tjenestene og noen pasientgrupper har ikke god nok tilgang på nødvendige tjenester.
- Nye kostbare behandlingsformer med usikker helsegevinst utfordrer helsebudsjetter.
- Vurdering og eventuelt utfasing av metoder i samsvar med medisinsk faglig utvikling.

For å møte dagens behov for å fornye helsevesenet legger Helse- og omsorgsdepartementet fram Nasjonal helseplan (2007-2010). Den fireårige planen skal tydeliggjøre utfordringer og stake ut kursen videre. Planen legges fram i forbindelse med statsbudsjettforslaget 2007. Helsetjenesten må utvikles i dialog og med medvirkning fra brukergrupper og aktører i helsetjenesten. Både i arbeidet med planen og i gjennomføringen av planen vil det bli lagt særlig vekt på medvirkning fra pasient- og brukerorganisasjoner. Høringsnotatet som nå sendes ut, er en invitasjon til å gi innspill til departementets arbeid med planen. Planen skal være et grunnlag for dialog og samarbeid med disse gruppene om utviklingen av helsetjenester. Som det framgår av oversendelsesbrevet er høringsfristen satt til 23. juni 2006.

Nasjonal helseplan skal gi viktige føringer for arbeidet i helsesektoren de neste fire år. Viktige områder vil være:

- Folkehelsearbeid skal styrkes
- Videreutvikle den offentlige helsetjenesten slik at det blir robust og tilpasningsdyktig for å takle stadig nye utfordringer
- Videreføre utvikling av en god lokalbasert helsetjeneste i samarbeid med kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Helsetjenestene skal være forankret der

pasientene bor – fastlegene skal fortsatt være pasientenes ankerfeste til helsetjenesten

- Koordinert pasientforløp der helsehjelpen framstår som helhetlig og integrert for pasienten
- Systematisk oppfølging av kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten
- Nasjonal koordinering av spesialisthelsetjenesten
- Det skal legges til rette for faglig og personlig utvikling for medarbeiderne
- Sosial ulikhet i helse skal bekjempes

DEL I

Rammer og spørsmål til høringsinstansene

1. Rammer og spørsmål til høringsinstansene

1.1. Rammer og bakgrunn for høringsnotatet

Utarbeidelse av en Nasjonal helseplan for 4 år er nedfelt i Soria Moria-erklæringen og planen framlegges for behandling i Stortinget i tilknytning til statsbudsjettet for 2007. Nasjonal helseplan etableres i en erkjennelse av behovet for klare nasjonale verdier, mål og rammebetingelser for den samlede helsetjeneste. Befolkningens helsetilstand er avhengige av en god pasientrettet helsetjeneste, men også en supplerende tjeneste slik som forebygging, utdanning, forskning og pleie- og omsorgstjenesten. Dette notatet har et særlig fokus på helsetjenesten, men tilstreber også å ha dette helhetlige perspektivet.

Overordnede strategiske grep er nødvendig for å videreutvikle helsetjenestetilbudet i Norge på et verdigrunnlag som skal vektlegge høy kvalitet og likeverdig tilgang til tjenester som styres og i hovedsak utføres offentlig. Norge har, i internasjonal sammenheng, et meget godt utviklet helsetjenestetilbud når det gjelder faglig innhold, kapasitet og tilgjengelighet uavhengig av brukerens økonomi og bakgrunn. Norge har imidlertid hatt en mindre gunstig utvikling i gjennomsnittlig levealder enn land det er naturlig å sammenligne oss med, samtidig som kostnadsveksten til helsetjenester har vært sterkere enn i andre land. Det er derfor allmenn oppmerksomhet mot de områder som ikke er gode nok, og det er bekymring for hvilken bærekraft den solidariske norske modellen i framtiden vil ha i forhold til trender preget av individualisering. Nasjonal helseplan vil inneholde en omtale av norsk helsetjeneste i et internasjonalt perspektiv. Herunder hvordan internasjonale forhold vil påvirke helsetjenestens rammebetingelser og kreve strategier for å møte utfordringene.

Sosiale ulikheter i helse – det vil si helseforskjeller som følger utdannings-, yrkes- og inntektskategorier i befolkningen – er betydelige og trolig økende i Norge. Gjennomsnittlig levealdersforskjell mellom enkelte yrkesgrupper er for eksempel opptil 12 år, i følge Statistisk sentralbyrå. Landets befolkning er sammensatt av mennesker med forskjellig etnisk bakgrunn. Innvandrerbefolkningen utgjorde ca. 8 prosent av landets innbyggere ved inngangen av 2005, fordelt på om lag 200 opprinnelsesland. Spesielle utfordringer knyttet til pasienter fra andre kulturkretser må møtes med kunnskap og ressurser.

Et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av sosial bakgrunn, er et sentralt mål for norsk helse- og omsorgspolitik. Sosial ulikhet i tilgang/bruk av helsetjenester utgjør en sentral utfordring i forhold til denne målsettingen. Mange av tiltakene som kan bidra til en bedre helse i befolkningen, finner sted utenfor selve helsetjenesten. Dette innebærer at man må holde ved like og videreutvikle et tverrdepartementalt og tverrsektorielt samarbeid for å sikre helseforholdene i befolkningen. Samtidig er det viktig at helsetjenesten selv også prioriterer helsefremmende og forebyggende tiltak. Videre vil vektlegging av en desentralisert infrastruktur og bosetting være en sentral ramme for strategisk planlegging av helsetjenestetilbudet.

Mange av problemstillingene som helsetjenesten står overfor, handler både om helsetjenestens verdigrunnlag og hva som er gode organisatoriske eller styringsmessige løsninger. Dette kan beskrives med eksempler fra IKT-området. Ny teknologi gir muligheter for bedre drift og bedre dialog med pasientene. Samtidig åpnes nye utfordringer, for eksempel når det gjelder målsettingen om likeverdige tjenester til hele befolkningen. Det er ulikt i hvilken grad befolkningen bruker Internett som grunnlag for egen kunnskap og det er forskjeller i hvilken grad enkeltmennesker bruker Internett i sin dialog med helsetjenesten. Slike forhold kan utfordre målsettingen om likeverdige helsetjenester, og vil bli satt på dagsorden i Nasjonal helseplan. Å møte denne utfordringen vil være en viktig del i strategien mot sosial ulikhet i helse. Videre vil det å skaffe til veie mer kunnskap om sosiale ulikheter i tilgjengelighet til helsetjenester være et prioritert område i perioden.

Nasjonal helseplan skal ta utgangspunkt i pasienters og pårørendes perspektiv og synliggjøre områder hvor nasjonale strategier, forventninger og ledelsesmessige grep vil åpne for resultater. Mestringsperspektivet skal stå sentralt i planen. Planen skal ta utgangspunkt i pasientens behov. Pasientens pårørende vil i mange tilfelle være helt sentrale for å kunne utvikle gode forløp for behandling. God informasjon og reell innflytelse på utforming og oppfølging av behandlingen gir gode resultater for pasienten. Systematisk innhenting av pasient- og pårørendeerfaringer har vist seg å være viktig og nyttig for å utvikle gode og effektive tjenester. Pasient- og pårørende-opplæring er sentrale aktiviteter for å styrke pasientenes mestringsevne. Strategier som videreutvikler opplæringstiltak vil være viktige elementer i planen. Det kan også innebære betydelige belastninger å være i en pårørendesituasjon. Det er viktig at vurderinger av dette framkommer i den videre utviklingen av pårørenderollen. Departementet ønsker å få høringsinstansenes synspunkter på hvordan dette kan ivaretas på en god måte.

Planen skal bygge på en helhet som innbefatter forebyggende arbeid, primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og samarbeid med andre offentlige tjenester. Dette synliggjør behovet for samhandling mellom aktører i tjenestene og pasienters ønske om å mestre egen helsesituasjon. Dette fordrer bedre forståelse av styringsteknikker som sikrer reell samhandling. Tjenestebildet er i stor grad sammensatt av sektorvise tjenester. Hver sektor har et formelt ansvar for eget område, men ingen har ansvar for forløp og flaskehalser mellom sektorer. Det er behov for ansvar knyttet til begge dimensjoner – ansvar for kvalitet og likeverdighet på hvert punkt i behandlingsskjeden og ansvar for helheten i behandlingsskjeden.

Nasjonal helseplan skal omhandle perioden 2007-2010. Planen har et perspektiv også utover fireårsperioden, men konkretisering av dette må komme i ny nasjonal helseplan i 2010. Planen utarbeides og skal virke i en tidsepoke med sterk vekst i kunnskap blant annet innen biologi, nye legemidler, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Ansatte som bruker sin kunnskap og gir omsorg, er grunnmuren i alle deler av helsetjenesten. Et moderne samfunns krav om økt effektivitet sammen med økte behandlingsmuligheter og store forventninger medfører risiko for slitasje hos ansatte og at det kan bli vanskeligere å rekruttere i unge årskull. Disse forhold må behandles med alvor. Helsetjenestenes formål er på alle måter tjent med opplevelser av prestisje og arbeidsglede hos våre ansatte. Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet må derfor gis status og prioritet. Det erkjennes at tydelig og godt medisinsk faglig innhold i arbeidet er avgjørende for motivering. God ledelse og en bedre forståelse av kompetanseutvikling blir derfor viktig. Brukere og brukerorganisasjoner vil få en forsterket og sentral rolle i utforming og drift av framtidens helsetjeneste. Brukere er spesialister på egne behov og beste mestring av egen helse og vil derfor være en ressurs blant annet for god kvalitet og riktig prioritering. Åpenhet om helsetjenestens kvalitet vil bli vektlagt framover. Både ut fra hensynet til pasienter og til den offentlige helsetjenestens legitimitet må det være fokus på kvalitet.

Helsetjenesten utgjør i organisatorisk forstand et mangfold. Staten har ansvar for å utforme og følge opp nasjonale mål. Kommunene har det overordnede ansvar for helse- og sosialtjenester til sine innbyggere og skal sikres ressurser og handlefrihet til å løse viktige oppgaver innen rammen av lokalt selvstyre. Nasjonal helseplan bygger videre på disse prinsippene.

Den offentlige tannhelsetjenesten er et fylkeskommunalt ansvar. Det er et økende ønske om at tannhelsetjenester i større grad enn i dag integreres i den øvrige helsetjenesten.

Tannhelsefeltet er tidligere utredet av et utvalg som la fram sin innstilling 16. juni 2005 (NOU 2005:11 *Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet*). Utredningen har vært på høring og departementet arbeider nå med oppfølgingen av denne.

I Soria Moria-erklæringen uttales det at *"Dårlig tannhelse påvirker den generelle helsetilstanden. Mange pasienter med kroniske sykdommer og svak økonomi har også dårlig tannhelse, med store utgifter til behandling. Regjeringen mener det er nødvendig å foreta en gjennomgang av regelverket knyttet til offentlig finansiering av tannhelse"*. På denne bakgrunn har Helse- og omsorgsdepartementet startet arbeidet med en offentlig tannhelsereform, som legges fram som en stortingsmelding.

Helse- og omsorgstjenestens andel av nasjonalproduktet øker og utgjør nå om lag 10 prosent. God ressursforvaltning skal oppnås gjennom økt kostnadskontroll, bedre ressursutnyttelse og god kostnadseffektivitet i tjenestetilbudet. Videre ved at midlene skal brukes i samsvar med politiske rammer.

Tjenestens virksomheter er dels organisert som en del av forvaltningen. Dette gjelder i stor grad for de kommunale tjenestene – dog med fastlegene organisert som egne rettssubjekter. En viktig del av den statlige organiseringen er at sykehusene er gjort til egne rettssubjekter gjennom foretaksorganiseringen. Det gjøres bruk av ulike finansieringsmåter; rammefinansiering utgjør fundamentet på de fleste områdene, men på en del områder er det også et betydelig innslag av aktivitetsbasert finansiering.

Denne spennvidden av løsninger gir flere utfordringer. Pasientenes behov vil ofte kreve medvirkning fra flere organisatoriske områder. Uansett vil et godt resultat være avhengig av god samhandling mellom aktørene.

1.2. Spørsmål til høringsinstansene

Det er under de enkelte kapitlene gitt overordnede omtaler av status, sentrale utfordringer og skissert viktige elementer for hvordan situasjonene kan møtes. Departementet inviterer til innspill på valg av temaer og problemstillinger, herunder:

- Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?
- Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?
- Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?
- Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?

DEL II

Felles utfordringer i helsetjenesten

Felles utfordringer i helsetjenesten

Helsetjenesten henger sammen. God utvikling av tjenesten krever at utviklingsarbeid skjer på tvers av tjenestegrenser. I denne delen av Nasjonal helseplan (2007-2010) er det plukket ut sju områder der det er særlig viktig at utviklingsarbeidet skjer innenfor koordinerte og helhetlige rammer.

- *Utfordringer for folkehelsen - forebygging*

En helhetlig folkehelse- og forebyggingspolitikk skal være en integrert del av Nasjonal helseplan. Det gis en omtale av status og utfordringer som mål og strategier må bygge på. Det trekkes også fram elementer som må stå sentralt i gjennomføringen av politikken.

- *Kvalitet og prioritering*

God kvalitet og riktig prioritering er avgjørende forutsetninger for å nå de politiske målene om likeverdig tilgang til gode helsetjenester for alle. Manglende åpenhet og oppmerksomhet kan også føre til at forskjeller forblir skjult. Åpenhet er derfor viktig i kvalitets- og prioriteringsstrategien. Det bør være et mål at det generelle prioriteringsarbeidet fanger opp behovene på de ulike områdene der det vil være aktuelt med særskilte innrettede tiltak slik som helsetjenester overfor flyktninger, asylsøkere, fengselstjenesten, doping- og spilleavhengige.

- *Samhandling*

Dersom samhandlingen ikke fungerer, er det pasienten som vil merke de negative effektene. Helsetilsynets rapporter viser at dette er en av helsetjenestens største utfordringer, noe som har vært påpekt gjennom mange år. Helseplanens helhetlige perspektiv kan gi kraft til arbeidet for bedre samhandling.

- *Psykisk helse*

Psykisk helse er et godt eksempel på at god oppgaveløsning krever samarbeid i alle ledd og deler av tjenestene: forbygging, primærhelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og rehabilitering. Opptrappingsplanen skal gi området mer ressurser og bidra til bedre koordinering. Planen utløper ved årsskiftet 2008/2009, og helseplanen vil bli brukt til å forberede hvordan prioritering og samhandling skal ivaretas fra 2009.

- *Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)*

I et moderne samfunn er informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) grunnlaget for det meste av samhandling mellom tjenester og vil etter hvert også være grunnlaget for det meste av dialogen mellom tjeneste og brukere. Det er betydelige potensial for å bruke IKT for å forbedre samhandling. I Nasjonal helseplan vil det være et viktig perspektiv at IKT-samarbeidet også inkluderer den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

- *Forskning*

Forskning er grunnlaget for faglig utvikling av tjenestene og gir også et viktig grunnlag for kvalitetsarbeid. Nasjonal helseplan skal understøtte at forskningen baseres på relevans og kvalitet.

- *Tverrfaglig satsinger, handlingsplaner og strategier*

Det normale bør være at samhandling skjer uten at det er nødvendig med særskilte organisatoriske tiltak. På en del områder vil det likevel være nødvendig med særskilte tiltak, enten for å sikre at området blir gitt riktig prioritering eller for å understøtte samspillet mellom de ulike tjenestene. Etter hvert er det blitt et betydelig omfang av slike planer. Dette kan gi oversikt men også vanskeliggjøre helhetlige prioriteringer. Nasjonal helseplan tilstreber at det skal trekkes opp retningslinjer for bruken av helhetlige satsninger, handlingsplaner og strategier. Det vil i planen bli orientert om sentrale tiltak slik som opptrappingsplan rus, rehabiliteringsplan, kreftstrategi og strategier/handlingsplaner på områder som diabetes og KOLS.

2. Utfordringer for folkehelsen - forebygging

Folkehelse – helseutfordringer

Historisk sett er det ernæring, hygiene og boforhold som har hatt størst betydning for helse. Folkehelsen er også i dag knyttet vel så sterkt til sosiale og økonomiske forhold som til hvilke helsetjenester som tilbys. Folkehelsen speiler samfunnsutviklingen og oppvekst- og levekår. Den er et produkt av mange faktorer – fra den enkeltes valg av livsstil til politiske beslutninger og globale utviklingstrekk.

Dagens og framtidens helseutfordringer er i vår del av verden nært knyttet til levevaner og til fysiske og sosiale miljøfaktorer. Vi ser en bekymringsfull livsstilsrelatert sykdomsutvikling. Utfordringen for folkehelsen ligger ikke nødvendigvis bare i mangel på behandlingsskapasitet i helsesystemet, men også i at stadig flere blant oss rammes av faktorer av negativ betydning. For eksempel for lite fysisk aktivitet, et uheldig kosthold med for mye sukker og fett, tobakksbruk, høyt alkoholforbruk, oppløsning av sosiale bånd, og et arbeidsliv som for noen er sykdomsskapende og utstøtende.

Mål og strategier i folkehelsepolitikken

De overordnede målene i folkehelsepolitikken, St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* – folkehelsemeldingen, er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn.

Det er lagt vekt på følgende fire hovedstrategier:

- Skape forutsetninger som gjør det lettere for den enkelte å ta et personlig helseansvar
- Bygge brede allianser og sørge for bedre organisering av folkehelsearbeidet

- Legge mer vekt på forebygging i helsetjenesten
- Basere folkehelsearbeidet på kunnskap og erfaringer

Det er nedfelt i Soria Moria-erklæringen at regjeringen vil styrke arbeidet med forebygging i vid forstand og stimulere tiltak som gir bedre helse og livskvalitet for den enkelte.

Betydningen av forebyggende innsats for helse og etterspørsel av helsetjenester

Den amerikanske forskeren, legen Paul Bunker, la på slutten av 1990-tallet fram en interessant analyse av helsetjenestens bidrag til den økte levealderen vi har hatt glede av særlig i den vestlige verden. Hovedkonklusjonen var at folk i den vestlige verden har fått ca. 30 år lenger levealder i løpet av de hundre år som har gått etter forrige århundreskifte. Av disse 30 årene har helsetjenestens bidrag vært ca. 5 år. Av disse 5 årene har vaksinasjoner stått for en stor del.

Dette reiser viktige spørsmål om hvor og hvordan tilgjengelige ressurser brukes. Det er sannsynlig at tiltak som forbedrer oppvekstforholdene for barn og unge, og et samfunn som fremmer fellesskap, fysisk aktivitet og trygghet, har større effekt på folkehelsen enn svært mange ressurskrevende tiltak i helsevesenet.

Systematisk forebyggende innsats har som siktemål å fremme helse og livskvalitet for den enkelte, beskytte mot sykdom og uhelse samt medvirke til bedre funksjonsevne og selvhjelpenhet i voksenlivet og alderdommen. Grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom hele livsløpet legges i barne- og ungdomsårene.

Befolkningsrettet forebyggende innsats har vist seg å være et effektivt virkemiddel for å beskytte mot sykdomsutvikling. Omlegging av kostvaner har hatt stor betydning for den reduksjon vi har sett i forekomst av hjerte- og karsykdommer. Et samfunnstiltak som en skjerpet lov om vern mot tobakksskader er et eksempel på, kan vise seg å være vel så effektivt og kostnadseffektivt som tiltak rettet mot enkeltindividet, som kan oppfattes som moraliserende. Det samme gjelder regulatoriske virkemidler i alkoholpolitikken som bidrar til å påvirke tilgjengelighet og totalforbruket av alkohol.

Folkehelsearbeidet krever sektorovergripende innsats

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats rettet mot samfunnsforhold og miljøfaktorer som påvirker levevaner og helse. Påvirkningsfaktorer og kraftfulle virkemidler som har innvirkning på folkehelsen ligger i alle sektorer. Helsesektoren alene kan gjøre lite. Folkehelsearbeidet forutsetter tverrsektorielle løsninger, samtidig som det må bygge både på kunnskap og på dialog med berørte parter. Helsesektoren har med sin oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og sin kunnskap om årsakssammenhenger en viktig funksjon som leverandør av kunnskap om sammenhenger mellom livsstil, miljøpåvirkninger og som premissgiver i samspill med andre sektorer.

Regional og lokalt folkehelsearbeid

I folkehelsepolitikken er det lagt føringer for å styrke folkehelsearbeidet og gi det en sterkere lokal og demokratisk forankring, bl.a. ved bruk av plan- og bygningsloven som det sentrale planleggingsverktøyet og ved en sektorovergripende organisering basert på partnerskap mellom mange byggende krefter i fylker og kommuner. Hensikten er en arbeidsform med sterkere forankring i ordinære politiske og administrative prosesser, forpliktende samarbeid og territoriell samordning for å skape en utvikling tilpasset lokale forutsetninger og behov.

Som starten på en langsiktig strategi ble det i 2004 etablert en midlertidig stimuleringsordning rettet mot fylker og kommuner for å utvikle en varig infrastruktur for folkehelsearbeidet basert på partnerskap. Fylkeskommunene har som regionale utviklingsaktører tatt utfordringen som pådriver for regionalt og lokalt folkehelsearbeid og påtatt seg lederrollen i regionale partnerskap for folkehelse. Statlig stimulering forutsetter at kommuner og fylker bidrar med egne ressurser og at arbeidet forankres i det fylkeskommunale og kommunale plansystemet. Totalt er nå 16 av landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene inkludert i satsingen. Målet er at fylker og kommuner skal med i partnerskapsordningen.

3. Strategi for kvalitet og prioritering

3.1. Bilde av området. Avgrensninger. Forholdet til helheten i planen.

Det er et overordnet mål at befolkningen skal sikres likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Med dette menes at helsetjenesten innenfor sine ressursrammer skal gi helsehjelp som øker sannsynligheten for at både individ og grupper i befolkningen får en best mulig helse, gitt dagens kunnskap. Økende levealder og endringer i det medisinske tilbudet har medført at stadig flere lever lenge med kronisk sykdom, og deres helsebehov vil i større grad dreie seg om å mestre dagliglivet framfor å bli kurert. Til tross for økte helsebudsjetter er det i Norge, som ellers i de vestlige land, et gap mellom folks forventninger og det faktiske tilbudet fra helsetjenesten. Data fra tjenestene viser at det ikke alltid er lik tilgang på tjenester. Dette kommer fram ved at det er ulik praktisering av hvordan pasienter prioriteres og hvilke tjenester som tilbys. Kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten handler om hvordan tjenestene kan fungere best mulig for å gi helsehjelp som er rettferdig fordelt på tvers av brukergrupper, sosial status, etnisitet og geografi. Kvalitetsutvikling må forankres og utvikles på alle nivå i tjenestene. Kvalitetsutvikling må være en integrert del av tjenesteutøvelse og ledelse. Det er derfor nødvendig å understøtte en kultur for gjennomgående kvalitetsutvikling. Kvalitet og prioriteringer vil grense opp mot flere kapitler i Nasjonal helseplan (2007-2010). Håndtering av utdanning, forskning, samhandling, kapasitet og struktur m.m. er alle områder som har betydning for kvaliteten i helsetjenesten. At vi omtaler kvalitet og prioritering i samme kapittel, er uttrykk for at riktig prioritering innenfor gitte rammebetingelser har stor betydning for kvaliteten på helsehjelpen.

Helse- og omsorgsdepartementets mål er at det utarbeides nasjonale mål og at det er en systematisk oppfølging på områdene kvalitet og prioritering for å sikre befolkningen likeverdig tilgang til riktig helsehjelp av god kvalitet. Det lokale selvstyret legger til

grunn at tjenestene organiseres, tilpasses og fordeles ut fra lokale behov og forutsetninger.

3.2. Utviklingstrekk

Kvalitet

I 1995 kom den første nasjonale strategi for kvalitet i helsetjenesten. *Nasjonalt strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995-2000* hadde som hovedmål at ”alle som yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000”.

Innføring av internkontroll og opprettelse av kvalitetsutvalg var ledd i dette. Det ble i gjennomføringen av strategien lagt vekt på at virksomhetene utviklet en kvalitetskultur og jobbet med kontinuerlig forbedring av tjenestene. Lov- og forskrifter ble brukt som nasjonale virkemidler. I juridisk sammenheng ble begrepet forsvarlighet knyttet til utøvelse av helsetjenester med akseptabel kvalitet. Statens helsetilsyn hadde en sentral nasjonal gjennomføringsrolle i strategiperioden. Etter 2002 har Sosial- og helsedirektoratet hatt ansvar for å gjennomføre nasjonale kvalitetstiltak.

De senere år har det vært et mål å redusere uønsket variasjonen i tjenestetilbudet. Etableringen av nasjonale kvalitetsindikatorer, nasjonale medisinske kvalitetsregistre og utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer er tiltak som skal bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for helsetjenesten og motvirke uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

Sosial- og helsedirektoratet ble opprettet i 2002 og har hatt det nasjonale gjennomføringsansvaret for de nasjonale kvalitetstiltakene. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og i samarbeid med helsetjenestens aktører utarbeidet direktoratet *Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten... og bedre skal det bli!* (2005). Strategien kjennetegnes av en tverrfaglig tilnærming til kvalitet og har et bredt fokus på kvalitet. Strategien sier at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at tjenestene er:

- virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- trygge og sikre (unngår uheldige hendelser)
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Strategien er et overordnet rammeverk som har til formål å understøtte sosial- og helsetjenesten i arbeidet med å utøve en helsetjeneste av god kvalitet. De seks kjennetegnene ved god kvalitet viser at kvalitet skapes ved helhetlig innsats på mange områder. Håndtering fordrer derfor en avveining og balansering på de ulike områdene. Som ledd i direktoratets oppfølging foregår det nå arbeid med følgende tema: styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke utdanningene mht kvalitetsarbeid og til sist videreutvikle registrering og indikatorarbeid. Dette vil danne innspill til det videre arbeidet på kvalitetsområdet.

Prioritering

Behovet for prioritering oppstår når behovet eller etterspørselen er større enn tilbudet. Med prioritering menes en omfordeling av ressurser og tjenester. Norge var tidlig ute for å systematisere arbeidet med prioritering. De to Lønningutvalgene¹ fra 1987 og 1997 utredet prioritering i spesialisthelsetjenesten og foreslo å legge følgende tre kriterier til grunn for prioriteringer; alvorlighet av tilstanden, forventet (og dokumentert) nytte av tiltaket og kostnadseffektivitet (kostnadene bør stå i rimelig forhold til resultatene). Lønning-utvalgene foreslo flere tiltak for å understøtte prioriteringsarbeidet i helsetjenesten. Kunnskap om effekt og kostnadseffektivitet sto sentralt i tillegg til å etablere et sentralt prioriteringsråd og faggrupper som skulle sikre åpne prioriteringsbeslutninger.

Virkemidler som kompetansebygging, finansiering og ulike former for ventetidsgarantier ble også diskutert. En viktig milepæl i prioriteringsarbeidet var innføring av prioriteringsforskriften for spesialisthelsetjenesten som bygger på de tre kriteriene fra Lønningutvalgene. Da pasientrettighetsloven trådte i kraft i 2001 ble bestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp presisert i prioriteringsforskriften. Dette innebar en styrking av pasientenes rettigheter. Formålet var å bedre den enkeltes tilgang på helsetjeneste. Fra 1.9.2004 ble pasientens rettigheter ytterligere styrket ved å innføre en individuell tidsfrist for senest start av helsehjelp. Dersom ikke pasienten får hjelp innen fristen utløser dette rett til behandling privat eller i utlandet. En lignende ordning eksisterer ikke for primærhelsetjenesten.

3.3. Status og utfordringer

Arbeid med kvalitetsutvikling har hatt flere faser. Tradisjonelt har kvalitetsutvikling handlet om klinisk kvalitet. Tjenesteutøvere har i stor grad selv hatt ansvar for denne kvalitetsutviklingen gjennom faglige nettverk og på basis av den kunnskapen man har hatt. Medisinske kvalitetsregistre er eksempel på virkemiddel som har vært etablert og drevet frem av fagmiljøene selv, med sikte på å måle resultat av behandling til bruk i eget kvalitetsutviklingsarbeid. Den nasjonale kvalitetsstrategien fra 1995-2000 med vekt på internkontroll og kvalitetsutvalg, synliggjør at det å oppnå kvalitet på tjenesten også handler om kvalitetsforbedring av de prosesser og strukturer som omgir klinikerne. Formålet med internkontroll er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles. Internkontroll er et ledelsesverktøy som har til hensikt å bidra til kvalitetsforbedring.

For å få oversikt over variasjon og utvikling av kvalitet over tid, er det utviklet indikatorer som skal si noe om kvaliteten i tjenestene. De nasjonale kvalitetsindikatorene inneholder også pasienterfaringsundersøkelser. Indikatorene som hittil er valgt i spesialisthelsetjenesten, har hatt fokus på enkelte områder hvor man har hatt ønske om forbedring i behandlingsforløp og samhandling. Korridorpasienter,

¹ NOU 1997:18 "Prioritering på ny" og NOU 1987:23 "Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste"

strykninger fra planlagt operasjon og tid fra sykehuset sender epikriser (notat som informerer om den behandling pasienten har mottatt) til fastlegen, er eksempler på dette. Til tross for et økende fokus på utvikling av målemetoder i helsetjenesten, er kunnskapsgrunnlaget ennå ikke godt nok til å si noe helhetlig om kvaliteten ved norsk helsetjeneste. Sett i forhold til de seks kjennetegnene ved god kvalitet i *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring*, har vi i dag ingen systematisk oversikt over status på disse områdene. Vi har også for liten kunnskap om sammenhengen mellom balansert håndtering av de seks områdene og helsegevinst for pasientene. På de områder vi har kvalitetsindikatorer finner vi betydelig variasjon i resultater mellom de regionale helseforetak og mellom helseforetakene innenfor samme region. Variasjonen er større enn ulikheter i pasientsammensetning og geografiske forhold skulle tilsi. Det er grunn til å anta at det er variasjon også på andre områder.

Et godt kunnskapsgrunnlag er viktig for å sette mål og utforme tjenester av god kvalitet. Økt kunnskap om kvaliteten i helsetjenesten og å redusere variasjonen i kvalitet vil være overordnede utfordringer framover.

Prioriteringsforskriften har som mål å bidra til at den enkelte pasient får et likeverdig tilbud uavhengig av kjønn, alder, sykdomstilstand og bosted. Det er fortsatt store forskjeller i hvordan forskriften praktiseres, noe som blant annet framkommer i oversikter over tildeling av "rett til nødvendig helsehjelp". Andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp varierer fra 55 til 90 prosent mellom de regionale helseforetak. En sentral utfordring i en strategi for prioritering av helsetjenester i årene framover er de relativt store og trolig økende sosiale ulikhetene i helse som er avdekket i befolkningen. Det finnes indikasjoner på at særlig spesialisthelsetjenester er sosialt skjevfordelt i befolkningen, det vil si at det er en positiv sammenheng mellom lengde på utdanning og bruk av spesialisthelsetjenester. Samtidig vet vi at det er i grupper med kort utdanning at helseproblemene er størst. Det er altså i dag et gap mellom målet om likeverdig tilgang på tjenester uavhengig av sykdomsgruppe, geografi og sosial status og hvordan praksis utøves. Siden Helse- og omsorgsdepartementets helsepolitiske mål er å prioritere dem som trenger det mest, vil slike problemstillinger måtte stå sentralt i en strategi for prioritering.

Det er en rask utvikling av nye og dyre helsetilbud som har små, men for noen grupper viktige helsegevinster. Helsegevinsten pasientene oppnår må veies opp mot kostnadene og alternativ bruk av helsekronene. Gjennom legemiddelforskriften har man et system for beslutninger om hvilke medikamenter som skal kunne forskrives på blå resept. Systemet bygger på vurdering av tilstandens alvorlighet, legemidlets effekt og kostnader. Vi har imidlertid ikke et helhetlig opplegg for vurdering av nye metoder for diagnostikk og behandling. Det er behov for et helhetlig system for å vurdere effekt og ressursbruk ved innføring av nye og kostbare metoder.

Pasientsikkerhet

Verdens helseorganisasjon, EU og Europarådet har satt pasientsikkerhet på dagsorden. Internasjonale studier tyder på at utilsiktede hendelser skjer i opp mot 10 prosent av alle pasientopphold i somatiske sykehus. I norsk målestokk kan dette bety at mange hundre dør som resultat av utilsiktede hendelser og om lag 10 000 påføres en eller annen form for alvorlig og varig skade hvert år. Rundt halvparten av hendelsene kan

forebygges i følge helsepersonellet selv. Det er behov for bedre systematikk i håndtering og forebygging av utilsiktede hendelser.

Sentralt i arbeidet med pasientsikkerhet er å lære av utilsiktede hendelser. Dette forutsetter blant annet at det skal være trygt for helsepersonell å melde fra om feil og uønskede hendelser. I dag er gjerne det å melde om feil forbundet med frykt for sanksjoner. En ny tilnærming til utilsiktede hendelser er å ta utgangspunkt i hendelsen og analysere faktorene i systemet som førte frem til hendelsen, ikke å ta utgangspunkt i personen som gjorde feil. I arbeidet med Nasjonal helseplan vil vi legge fram et opplegg for pasientsikkerhet som ivaretar behovet for å forebygge utilsiktede hendelser gjennom å skape en trygg læringskultur, og samtidig opprettholde tilsyns- og kontrollsystemer som har mulighet til å gripe inn i alvorlige tilfeller.

Nasjonal overbygning

Sosial- og helsedirektoratet er på nasjonalt nivå gitt den sentrale myndighetsrollen i kvalitets- og prioriteringsarbeidet. Direktoratet har gjennom den nasjonale kvalitetsstrategien laget et overordnet rammeverk for kvalitet. Som del av dette inngår utvikling av kvalitetsindikatorer, faglige retningslinjer, handlingsprogrammer på nasjonalt nivå og kvalitetsregistre på en rekke medisinske områder. Sosial- og helsedirektoratet har også sekretariatet for Nasjonalt Råd for prioriteringer. I Nasjonal helseplan klargjøres den overordnede myndighetsrollen som direktoratet er gitt, slik at dette kan gi grunnlaget for direktoratets arbeid overfor de utøvende tjenestene. I kapittel 10 er det vist til at det på enkelte områder er behov for en tydeliggjøring av de ulike aktørers rolle og deres samhandling. Det gjelder blant annet forholdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene som vil bli fulgt opp i arbeidet med Nasjonal helseplan.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er blitt etablert for å understøtte tjenestenes behov for tilgang til oppdatert kunnskap gjennom kunnskaps- og oppsummeringer og måling av kvalitet. Institusjonen er fortsatt ny, og rolle og oppgaver er fortsatt under utvikling. Nasjonal helseplan vil bidra til videre avklaringer slik at Kunnskapssenteret kan gis en styrket oppgave i arbeidet med å sikre en god helsetjeneste.

Statens helsetilsyn har en viktig oppgave i å avdekke om helsetjenesten drives forsvarlig og i tråd med eksisterende lover og forskrifter. Helsetilsynets arbeid og tilbakemeldinger er viktige elementer i utviklingen av sosial- og helsetjenesten.

Kvalitetsutvikling for kommunale tjenester må baseres på det overordnede ansvaret som er lagt til kommunene og tiltakene som brukes for å følge opp dette ansvaret, der blant annet kommunale rapporteringsordninger inngår (KOSTRA, IPLOS, og statens kvalitetssamarbeid med KS og kommunene). Det er utviklet kvalitetsindikatorer og systemer for å måle kvalitet og tjenestebehov innen pleie- og omsorg via KOSTRA. Det er behov for å få bedre kunnskap om prioritering samt god dokumentasjon på tjenestebehov i primærhelsetjenesten.

Det er i dag mange aktiviteter og mange aktører som bidrar til å understøtte kvalitetsutvikling i tjenestene. Erfaringer med akkreditering og sertifisering som kvalitetsutviklings metode vil berøres i planen. Det er viktig at den nasjonale overbygningen ivaretar helheten i prioriterings- og kvalitetsarbeidet. Samtidig må ansvaret for ressursbruk, prioritering og kvalitetsutvikling tydeliggjøres hos de ansvarlige tjenesteleverandører.

3.4. Sentrale satsingsområder

På bakgrunn av status på området anser Helse- og omsorgsdepartementet at det er behov for en bedre systematikk på nasjonalt nivå for å sikre en likeverdig utvikling av kvalitet og prioriteringer på tvers av geografi og sykdomsgrupper i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette fordrer økt oppmerksomhet på følgende områder:

- Det er behov for økt kunnskap om kvalitet og fordeling av tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene
- Det er behov for å understøtte helsetjenestens arbeid med kvalitetsutvikling
- Det er behov for å etablere et system som vurderer effekt og ressursbruk ved innføring av nye metoder
- Det er behov for å etablere et helhetlig opplegg for pasientsikkerhet
- Det er behov for å tydeliggjøre de ulike aktørers ansvar innenfor kvalitet og prioritering, både på nasjonalt nivå og mellom nivåene.

4. Strategi for samhandling

Gode helse- og sosialtjenester krever samhandling mellom helsetjenestens og sosialtjenestens organisasjoner og aktører. Samhandling har som mål å utvikle et helhetlig og integrert tjenestetilbud. Det er bred erkjennelse om at samhandlingen i dag i mange tilfeller ikke fungerer godt nok. Dette kommer til uttrykk på mange måter, blant annet:

- Mediene viser kontinuerlig eksempler der samhandlingen ikke har vært god nok og der pasienten blir skadelidende.
- Evalueringen av foretaksmodellens funksjonalitet slår fast at samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste kanskje er den største utfordringen som helsetjenesten i dag står overfor (jf. AGENDA og MUUSMANN: *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet*).
- Wisløff-utvalget (NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*) som har analysert samhandlingsutfordringene trekker fram at det er stor bredde i hvordan samhandlingen i helsetjenesten fungerer. Det er mange eksempler på god samhandling både på individnivå og systemnivå og det er områder hvor svikten er betydelig. Samhandlingen kan svikte for alle typer av pasienter i alle overganger. Utvalget trekker likevel fram pasientgrupper der behovet for samhandling er særlig stort: kreftpasienter, eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer, døende pasienter, kronisk syke og rusmiddelmissbrukere. Det pågår en økende spesialisering og organisatorisk

oppdeling av helsetjenesten. Utvalget ser ikke at dyptgripende endringer i oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene (stat og kommuner) 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.

- Rapporter fra Statens helsetilsyn som viser sviktende samhandling (f.eks. *Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003, Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004 og Oppsummering av tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker.*

I høringsrunden har Wisløff-utvalgets analyser og forslag i stor grad fått tilslutning. En kritisk innvending som likevel trekkes fram er at utvalgets arbeid var begrenset til helsetjenesten. Svært mange samhandlingsutfordringer gjelder forholdet mellom helsetjenesten og den kommunale sosialtjenesten, dels også andre offentlige tjenester. Synspunktene som fremmes, er at arbeidet for bedre samhandling må sees i et bredere perspektiv og ikke begrenses til helsetjenesten.

Wisløff-utvalget følges opp i to prosesser i Helse- og omsorgsdepartementet:

- En helhetlig oppfølging av utvalget med vekt på en samlet gjennomføring av tiltak som kan understøtte bedre samhandling i helsetjenesten. Det vil bli redegjort for arbeidet i statsbudsjettet for 2007.
- Et særskilt arbeid vurderer om det bør gjennomføres tiltak av overordnet organisatorisk karakter som kan understøtte samhandlingen.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at med den betydning som samhandling har for en godt virkende helsetjeneste, bør det satses på overordnede organisatoriske tiltak. Dette samsvarer med vurderinger og tilrådinger fra Wisløff-utvalget. I arbeidet legges det vekt på to forhold:

Spørsmål om etablering av et nasjonalt avtalesystem for understøttelse av samhandling
Det vurderes om det bør inngås en bilateral avtale mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartement og kommunene ved KS. Videre om avtalen kan følges opp med ytterligere avtaler mellom foretak og kommuner. Elementer i skissen som det arbeides med:

- Avtalen må etableres innenfor rammen av regelverk og retningslinjer for forholdet mellom stat og kommuner. En avtale kan ikke pålegge kommunene å inngå oppfølgingsavtaler. Men det legges til grunn at det gjennom prosedyrer og forankringsarbeid kan legges et grunnlag som gir tilstrekkelig lokal oppfølging. På statlig side vil oppfølgingen skje gjennom det ordinære styringssystemet.

- Det arbeides i dag med mange tiltak som anses å være gode i forhold til samhandling. Eksempler på slike tiltak er individuell plan, pasientansvarlig lege, praksiskonsulentordningen, samvirke om sektorovergripende behandlingskjeder og veiledningstiltak mellom de ulike sektorene. En oppfølging av hvordan disse tiltakene brukes, vil være en viktig for hvordan den nye avtaleordningen bør praktiseres.
- Pasient og bruker er nøkkelaktør i all samhandling og må også være det i praktiseringen av et nytt avtalesystem. Et sentralt element i et nytt avtalesystem vil være systematisk bruk av pasienterfaringer.
- Mange steder er det allerede igangsatt eller under utvikling avtaler mellom kommuner og helseforetak, eksempelvis mellom sykehuset Fonna og de 19 kommunene som ligger i sykehusets nedslagsfelt. Likeens er etablert avtaler på regionalt nivå. Eksempel er Helsedialog, som er et program for samhandling i helsetjenesten som er laget av Helse Sør og KS sine fylkesstyrer i Agder, Buskerud, Telemark og Vestfold. Erfaringene fra slike tiltak vil bli vurdert i arbeidet.

Felles nasjonalt IKT-nett som omfatter de sentrale helse- og trygdeaktører

Primærhelsetjeneste, kommunale omsorgs- og pleietjenester og spesialisthelsetjeneste henger nøye sammen og bør ha felles IKT-opplegg som understøtter samhandlingsbehovet. Videre er det viktige samhandlingslinjer mot apotek, Ny arbeids- og velferdsordning (NAV), Rikstrygdeverket (RTV) og helserefusjoner. Alle disse aktører vil ha behov for sikker IKT kommunikasjon. En måte å illustrere samhandlingsbehovet er å trekke fram kjeder mellom tjenestene som alle tilsier betydelig elektronisk kontakt:

- service- og støttetjenester
- den akuttmedisinske kjeden
- den medisinske samhandlingskjeden
- den omsorgsmessige samhandlingskjeden
- den veiledende samhandlingen.

I de senere årene er det satt i system en rekke koordinerende tiltak for å understøtte IKT-koordinering. Særlig skal framheves:

- etableringen av Norsk Helsenett
- samarbeidet mellom de regionale helseforetakene som skjer i Nasjonal IKT
- det helhetlige koordineringsarbeidet i regi av Sosial- og helsedirektoratet gjennom Samspill-2007.

Disse strategiene og tiltakene gir mange positive effekter for bedre IKT-samhandling på helse-, pleie- og omsorgsområdet. Det vil stå sentralt i det videre arbeidet å koordinere de ulike strategiene med sikte på at Norsk Helsenett skal dekke den samlede helse- og pleie- og omsorgstjenesten. For å lykkes med et slikt mål vil det kreves et felles organisatorisk apparat som på vegne av kommunesektoren kan kommunisere med de tre koordineringstiltakene. Videre vil det også kreve en gjennomgang av målsettinger og organisering av de eksisterende tiltakene. Det bør videreutvikles en nasjonal strategi for Nasjonalt Helsenett som tar hensyn til aktørenes behov.

5. Psykisk helse

5.1. Innledning

Stortinget vedtok i 1997/1998 en Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2006) som hadde som formål å styrke situasjonen for mennesker med psykiske lidelser. Ved behandling av statsbudsjettet for 2004 vedtok Stortinget å utvide planperioden med 2 år, med utløp i 2008, for å få mer tid til å styrke psykisk helsearbeid i kommunene, og for å komme lengre i arbeidet med å forbedre kulturelle forhold i behandlingsmiljøene.

Opptrappingsplanen har tilført øremerkede ressurser til tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Planen har bidratt til å utjevne regionale og lokale forskjeller i tilbudet. Det vil fortsatt være betydelige utfordringer knyttet til området etter at planen fases ut midt i perioden for Nasjonal helseplan. Man har derfor funnet det riktig å omhandle fagområdet psykisk helse særskilt i høringsnotatet. I arbeidet med helseplanen gis man muligheten til å trekke opp linjene for en helsepolitikk som fanger opp de utfordringer som ikke er løst ved utgangen av 2008. Departementet legger til grunn at det videre arbeidet vil legge vekt på lokalbaserte løsninger i samsvar med prinsippene i Verdens helseorganisasjons europeiske ministererklæring (Helsinki-deklarasjonen). Det primære målet for tjenester til personer med psykiske lidelser er å styrke livsstandard og funksjonsevne gjennom brukermedvirkning og egen mestringsevne.

Opptrappingsplanen har ført til økt kapasitet både i det kommunale tiltaksapparatet og det spesialiserte behandlingstilbudet. Det er bygd opp et basistilbud som gjør at Norge langt på vei kan fremvise en moderne lokalbasert tjeneste i tråd med WHO's anbefalinger. Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til endret struktur og innhold både i den kommunale og den spesialiserte tjenesten. For å bedre kvaliteten i tjenestene legger departementet rammeverket for *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse og sosialtjenesten....Og bedre skal det bli!* til grunn. Strategien vektlegger at tjenestene skal være tilgjengelige og rettferdig fordelt, trygge og virkningsfulle, involvere brukerne og gi dem innflytelse, det skal være samordnet og preget av kontinuitet og ressursene skal utnyttes på en god måte.

Psykiske lidelser har vekslende varighet og alvorlighet. Tilbud om hjelp og behandling må først og fremst gis gjennom det kommunale tiltaksapparatet, samtidig som spesialisthelsetjenesten må sørge for tilstrekkelig kapasitet for akutfunksjoner og for pasienter med alvorlige lidelser. Mange enkeltteksempler viser at spesialisthelsetjenesten ikke fungerer godt nok, blant annet eksemplifisert ved ventetider og overbelegg. Vi har de siste årene registrert en meget sterk økning i antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. En stor utfordring til utformingen av et helhetlig hjelpetilbud ligger i manglende kapasitet og kompetanse i kommunene. Ferske undersøkelser viser at det kommunale tilbudet til psykisk syke barn er for dårlig med køer og lang ventetid. En arbeidsgruppe, oppnevnt av helse- og omsorgsministeren, vil

1. juni 2006 legge fram forslag til hvordan en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelmisbrukere kan utformes og etableres. Uten bedring i det samlede kommunale tilbudet og fortsatt styrking av det kommunale psykiske helsearbeidet, vil heller ikke spesialisthelsetjenesten kunne gi et tilfredsstillende tilbud. Kapasitetsproblemene vil vanskelig la seg løse. Forebygging og tidlig tiltak er viktige virkemidler for å sikre en bedre psykisk helse i befolkningen.

Det knytter seg en særskilt utfordring til å finne gode og verdige løsninger for ressurskrevende personer som lever på kant med loven, eventuelt som i perioder kan ha en ha aggressiv eller ubehagelig adferd eller som i verste fall kan begå farlige handlinger overfor seg selv eller andre. Det er etablert et nært samarbeid med justismyndighetene på alle nivåer. Evaluering av særreaksjonene er iverksatt.

5.2. Status for psykisk helsevern

Det er gjennom de årlige budsjettframlegg redegjort for måloppnåelsen i forhold til Opptrappingsplanen. Resultatrapporteringen for 2004 viser at sentrale resultatmål med mindre unntak er nådd eller blir realisert i løpet av opptrappingsperioden.

Kommunene

Omstruktureringen av psykisk helsevern og utviklingen av det psykiske helsearbeidet har lagt større utfordringer til kommunene enn tidligere.

Innenfor Opptrappingsplanen er det avsatt midler til om lag 3 700 nye årsverk innen psykisk helsevern for voksne i kommunene og nærmere 1 100 nye årsverk for barn og unge. Ved utgangen av 2004 var 2 000 av årsverkene til voksne og i underkant av 600 årsverk til barn og unge på plass i kommunene. De fleste stillingene til psykisk helsearbeid for voksne er knyttet til bistand i brukerens bolig. De senere årene er det etablert flere tjenester knyttet til arbeidstiltak og tiltak for å sikre mennesker med alvorlige psykiske lidelser sosial kontakt og tilhørighet i eget lokalmiljø, herunder en økning i tilbud om støttekontakt.

For barn og unge har veksten i årsverk kommet både innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet forebyggende/psykososialt arbeid, kultur- og fritidstilbud samt støttekontakter. Fastlegene gir også behandling og støtte til barn, unge, familier og voksne som har psykiske lidelser. Fastleger er for lite involvert i tverrfaglig samarbeid, særlig i forhold til barn og unge.

Spesialisthelsetjenesten

For å styrke det spesialiserte helsetjenestetilbud har Opptrappingsplanen lagt til grunn to strategier, styrking av tilbudet og omstrukturering av tjenesten. Styrking av tilbudet har skjedd gjennom å øke kapasiteten med flere døgnplasser, dagplasser, polikliniske årsverk og fagårsverk både innen voksenpsykiatrien og barn- og ungdomspsykiatrien. Omstrukturering av tjenestetilbudet har skjedd ved oppbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS) og Barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (BUP-klinikker). De

tradisjonelle sykehusavdelingene skal omstilles til å ivareta spissfunksjoner. Etablering av ambulante team ved alle DPS er et viktig tiltak for å øke tilgjengeligheten til tjenesten, etablere bedre samarbeid mellom første- og annenlinjen og med politiet, og for å sikre raske og riktige tiltak overfor den enkelte pasient.

Samtidig med kapasitetsøkning og at flere har fått tilbud om behandling preges spesialisthelsetjenesten av "flaskehalser". Pasienttellingen fra SINTEF (november 2003) viser at 40 prosent av samtlige pasienter innlagt på døgnavdeling, ville vært bedre tjent med oppfølging i kommunene etter behandlernes vurdering. Undersøkelser viser også at akuttavdelingene flere steder preges av overbelegg og for tidlige utskrivinger.

Spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og unge med psykiske lidelser er vesentlig styrket i løpet av opptrappingsperioden. Målet i Opptrappingsplanen er at spesialisthelsetjenesten årlig skal kunne gi hjelp til 5 prosent av barn og unge under 18 år. I 2004 fikk 3,6 prosent av barn og unge bistand fra spesialisthelsetjenesten. Dette utgjør 39 340 barn og unge. Fra 1998 til 2004 har 91 prosent flere barn og unge fått tilbud om behandling men likevel er ventetiden for behandling fortsatt lang – 87 dager per tredje tertial 2005.

5.3. utfordringer for helseplanperioden

Styrkingen og restruktureringen av de psykiske helsetjenester gjennom Opptrappingsplanen har i hovedsak vært vellykket. Det er flere som får tilbud, differensieringen av tilbud er betydelig bedre enn for ti år siden, personellinnsatsen er økt og kompetansen hos de som arbeider i psykisk helsevern er økt. Det er likevel uløste oppgaver knyttet til samfunnets verdier og holdninger, dels er det utfordringer for å sikre at personer med psykiske lidelser får tjenester av god kvalitet uavhengig av bosted og diagnose.

Samfunnets verdier og holdninger

Mennesker med psykiske lidelser opplever fortsatt stigmatisering og utestenging fra samfunnet. Belastningene for mennesker med psykiske lidelser kan ikke løses av helsetjenesten isolert. En helhetlig nasjonal politikk, som inkluderer skole, arbeidsliv og nærmiljø, er avgjørende for pasientenes opplevelse av likeverd og mestring.

Utfordringer for den samlede helsetjeneste

- Det er geografiske forskjeller i kvalitet og innhold
- Det er behov for å tydeliggjøre og styrke det faglige innholdet i tjenestene
- Det er behov for å videreutvikle mål og indikatorer for faglig innhold
- Det er behov for å ha et økt oppmerksomhet på pasientflyt slik at flaskehalser kan avvikles
- Det er behov for å styrke brukermidvirkning ytterligere
- Det er behov enhetlig leveranse av integrerte tjenester. Individuell plan er ett av flere virkemidler.
- Det er behov for å klargjøre oppgave og ansvarsfordeling mellom nivåene og innen den enkelte tjeneste. Dette for å bedre samarbeid og sørge for god ressursutnyttelse.

- Det er behov for å utjevne sosiale ujevnheter
- Det er behov for tidlige tiltak

Utfordringer for de kommunale tjenestene

Målet for psykisk helsearbeid er å støtte enkeltmennesker til å ta i bruk sine ressurser og sin evne til å mestre hverdagen. Kommunene har ansvar for å tilrettelegge for at mennesker med psykiske lidelser kan delta i et tilpasset arbeidsliv og benytte kultur- og fritidstilbud. Brukerne framhever ofte slike tilbud som avgjørende for å få kontroll over eget liv og få økt livskvalitet.

Det er fortsatt behov for å tydeliggjøre og synliggjøre psykisk helsearbeid i kommunene. Tverrfaglige kompetanse- og fagmiljøer som utvikler arbeidsmetoder og arbeidsformer i psykisk helsearbeid, må etableres og styrkes. Psykisk helsearbeid omfatter tiltak fra de fleste kommunale sektorer og kan ikke avgrenses til kun helsetjenester.

Utredning og behandling og av lettere psykiske lidelser bør kunne gis i større utstrekning enn i dag i kommunene. Særlig viktig er lavterskeltilbud til barn og unge som har psykiske og/eller psykososiale vansker.

Videre utvikling av kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser må det samkjøres med utvikling av tilbudet til rusmiddelavhengige. Det er i stor grad de samme tjenester og type kompetanse som trengs for å dekke behovene for disse brukergruppene.

Opptappingsplanen for psykisk helse har i liten grad beskrevet utfordringer knyttet til brukere som har behov for døgntilbud og et særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud i kommuner. Det er viktig at oppmerksomheten rettes mot denne brukergruppen.

Utfordringer for spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten må videreutvikle faglighet og kvalitet i distriktpsikiatriske sentra (DPS) og BUP-klinikkens tilbud, herunder sikre rekruttering av leger og psykologer. Det er også viktig å sikre tilbudet til de alvorligste syke gjennom riktig antall akuttplasser og spissfunksjoner ved de øvrige sykehusavdelingene.

Rollefordeling og samhandling mellom sykehusavdelinger og DPS må bli tydeligere. Faglig utvikling gjennom utdanning, etterutdanning og forskning er viktig, blant annet for å få større konsensus om behandlingsretningslinjer og prioritering.

6. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten

6.1. Innledning

Kunnskapsutviklingen i samfunnet er i rask utvikling. Dette kommer i særlig grad til uttrykk innenfor i informasjonsteknologien og skaper nye muligheter for utredning,

behandling og samhandling men også utfordringer knyttet til taushetsplikt og personvern.

Det vil i Nasjonal helseplan settes søkelyset på problemstillingene knyttet til personvern og taushetsplikt, slik at både muligheter og begrensninger for bruk av IKT blir avklart. Pasient- og brukerorganisasjoner vil ha en viktig rolle i dette arbeidet.

Omleggingen til en ny IKT hverdag bygger blant annet på strategiske dokumenter som *Mer helse for hver bIT*, *Si@* og den nåværende planen *S@mspill 2007*. Visjonen i *S@mspill 2007* er *"helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid"*. Denne planen vil være en sentral ramme for videre utvikling og koordinering på IKT-området.

6.2. Status for IKT i helsetjenesten

IKT-utviklingen har startet på forskjellig tidspunkt i de forskjellige deler av helsetjenesten. Det er store forskjeller i teknisk utrustning mellom tjenesteområder og IKT-erfaring blant ansatte. IKT-feltet er dessuten preget av mange aktører.

Tilnærmet 100 prosent av primærlegene bruker elektronisk pasientjournal som er laget for allmennpraksis. Det pågår nå en overgang til elektronisk kommunikasjon mellom allmennleger og laboratorier og sykehusavdelinger gjennom Norsk Helsenett. Tall viser at ca 28 prosent av epikrisene (melding om hva som er gjort for pasienten) fra helseforetakene tilbake til fastlegene går elektronisk.

For de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har IKT-utviklingen kommet senere i gang. Det er etablert rapporteringssystemer (IPLOS), men det foreligger ikke systemer som er lagt til rette for kommunikasjon mellom sykehusavdelinger, allmennleger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Helseforetakene har vært ledende i å realisere IKT mål. De regionale helseforetakene har fra 2004 etablert et formelt IKT samarbeid gjennom etableringen av Nasjonal IKT som er en felles strategisk arena for styring av IT-utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Alle helseforetak er knyttet til Norsk Helsenett, men det varierer i hvilken grad dette nettet benyttes.

Elektronisk samhandling i sektoren er begrenset på grunn av ulike utviklingsnivåer og på grunn av sikkerhets- og personvernforhold. Samtidig er samhandling mellom de forskjellige delene i helsetjenesten påkrevet, og IKT bør understøtte slik samhandling. Standarder og sikkerhet knyttet til meldingsutveksling vil fremme den videre utvikling.

Flere utredninger har identifisert det strategiske behovet for et sikkert nasjonalt IKT nett som dekker samhandlingsbehovene mellom tjenestene. For å komme i gang med et slikt arbeid ble Norsk Helsenett AS stiftet høsten 2004 med de fem regionale helseforetakene som like eiere. Ved inngangen til 2006 var alle sykehus og ca. 700

legekontorer tilknyttet nettet, mens bare 29 kommuner var med. Andelen kommuner er foreløpig lav, noe som har sammenheng med at verken standard tilkoblingsmodell eller prisstruktur for tilkopling av kommuner er på plass. Det har vært en del misnøye, særlig blant allmennlegene, over manglende innhold i nettet. Siden nettet også skal brukes av andre brukergrupper enn helseforetakene, har enkelte kommuner og KS tatt opp spørsmålet om hvorvidt RHF-ene alene bør være eiere av nettet. Norsk Helsenett har nå inngått en fireårlig rammeavtale om leveranser av et fulldriftet høyhastighetsnett til alle landets helseforetak. Det nye nettet forbedrer regionenes mulighet til å samhandle elektronisk seg i mellom, i tillegg til at det legger til rette for god elektronisk samhandling med andre aktører i sektoren.

Elektronisk pasientjournal (EPJ) i sykehus

I sykehus er EPJ selve navet i informasjonsutvekslingen med samhandlingspartnere. En gjennomgående og helhetlig innføring av EPJ i helsesektoren som understøtter de kliniske prosessene, har trolig størst gevinstpotensial av alle IKT-satsinger i sektoren.

En videre utvikling av EPJ må ta utgangspunkt i pasientforløp og det helsefaglige innholdet. Neste generasjons EPJ vil være et fellesverktøy for dokumentasjon, kvalitetsarbeid, understøtte oppgave- og funksjonsfordeling og tilrettelegge for samhandling. Dette vil kreve avklaringer i forhold til personvern og taushetsplikt, standardisering og harmonisering av faglige retningslinjer og behandlingsprogrammer og vil bli en betydelig nasjonal oppgave. Pasient- og brukerorganisasjonene vil gis en sentral rolle i dette arbeidet.

Pasientperspektivet

- Helseinformasjon

En mottaker av helsehjelp skal sikres god tilgang til relevant informasjon og i størst mulig grad selv settes i stand til å motta, holde oversikt over, utlevere og styre tilgang til egen helseinformasjon. Dette vil gi en større pasient- og brukarmedvirkning.

- Pasientens tilgang til egen journal

Pasienter har rett på innsyn i egen journal. Denne retten er ennå ikke tilgjengelig elektronisk. Realisering beror i første rekke på å oppnå en god sikkerhetsløsning og tilgangskontroll.

- Personvern hensyn

Norsk lovgivning og etablerte strategier på området vektlegger verdien av å verne mot urettmessig innsyn i personlige og helsemessige opplysninger. I en ny IKT verden åpnes muligheten for bredere og raskere spredning av personsensitive data. Dette er uønsket og et bredt spekter av virkemidler er nødvendig for å motvirke farene. Samtidig er kravene til samhandling og muligheten for å kunne dele informasjon, blant annet i livstruende situasjoner, viktig. Med gode systemer og rutiner er all tilgang til for eksempel EPJ loggbar og misbruk kan følges opp med sanksjoner. Det vil være viktig å

ta brukerorganisasjonene med i det videre arbeid med å sette rammer for begrensninger og muligheter på området.

Samhandling

Helhetlige behandlingsforløp, tverrfaglig samarbeid og krav om individuelle planer, øker behovet for informasjonsutveksling innad i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I de kommende år vil informasjon i EPJ i økende grad genereres av forskjellige systemer; i kommunene, hos fastlegene og i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Ny teknologi og nye muligheter for sikker og identifisering av brukere åpner nye muligheter for organisering av informasjonstjenester i nettverk med mulighet for sikker utlevering eller styring av informasjon mellom virksomheter.

Driftssikkerhet

Helseforetakene har innført IKT-løsninger i parallell med papirbaserte rutiner. De papirbaserte rutinene og tilgangen til papirjournaler har fungert som en sikkerhetsløsning ved bortfall av de IKT-baserte løsningene. Helseforetakene gjennomfører nå en gradvis omlegging til fulldigital drift også innenfor EPJ. Dette har ført til at helseforetakene er i ferd med å bli avhengige av sine IKT-systemer. Manglende tillit til driftsstabilitet hemmer i dag digital utvikling i helseforetakene.

En viktig kilde til driftsavvik er svikt i infrastrukturen, herunder svikt i nettverk, servere, lagringsløsninger, etc. Ved svikt i disse komponentene vil normalt hele systemet falle ut. Det vil kreve en betydelig ressursinnsats å etablere løsninger som sikrer datainnhold og forsvarlig drift ved svikt i infrastrukturen.

Sammenfatning av utfordringsbildet

Riktig bruk av IKT gir grunnlag for nye medisinske metoder, nye samarbeidsformer mellom aktører, nye former for dialog mellom tjeneste og pasienter/brukere. Hovedutfordringen nå er koordinering og samhandling. Sterkere satsing på koordinering og samhandling, og større vilje til styringsmessige tiltak, er strategien framover.

Følgende tiltak synes å være sentrale for planperioden 2007-2010:

- Videreutvikling av Norsk Helsenett til et nasjonalt nett som omfatter spesialisthelsetjeneste, primærhelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenester og dialogen med samarbeidende aktører som Rikstrygdeverket og apoteker.
- Koordinering av IKT i spesialisthelsetjenesten, slik at informasjon kan brukes på tvers av organisatoriske og geografiske grenser. De regionale helseforetakenes fellesorgan, Nasjonal IKT, skal brukes som et redskap i denne utviklingen.
- Videre utbygging av IKT-samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste med særlig vekt på å få meldingsutveksling (henvisninger, rekvisisjoner, epikriser og svar) til å fungere.

- Videre utbygging av IKT-samarbeidet mellom fastlegene og andre helseprogram og Rikstrygdeverket (fra 1.7.06 *Ny arbeids- og velferdsordning* (NAV)) når det gjelder sykemeldinger, oppgjør, relasjoner mv.
- At kommunale pleie- og omsorgstjenester trekkes inn i den nasjonale IKT-familien.
- Utvikling av felles system for elektronisk pasientjournal i sykehusene.
- Brukernes deltagelse i elektronisk kommunikasjon
- IKT er nå en del av befolkningens hverdag. De forventer å kunne kommunisere med helsetjenesten med moderne kommunikasjonsteknologi og de forventer å ha elektronisk tilgang på informasjon som helsetjenesten har om dem. IKT-strategien skal legge til rette for dette.
- Styrking av gode faglige beslutningsprosesser (blant annet Helsebiblioteket)
- Mulighetene for informasjonsflyt gir nye utfordringer i forhold til personvern og taushetsplikt. Hovedreglene for personvern og taushetsplikt bør klargjøres.

7. Forskning for bedre helse

Forskning i helsetjenesten har som et viktig mål å styrke kvaliteten på forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie samt gjøre det mulig å utnytte ressursene i helsesektoren på en best mulig måte. Høy kvalitet i helsetjenesten forutsetter oppbygging av forskningsaktivitet innenfor de fleste medisinske fagområdene. Helsetjenesten har et særskilt ansvar for den pasientrettede anvendte forskningen, mens universiteter og høyskoler er tillagt et særskilt ansvar for grunnforskning. Forskning i helsetjenesten omfatter flere typer forskning. Forskningen er ofte tett integrert med den kliniske virksomheten blant annet ved å overføre kunnskap fra grunnforskning til klinisk virksomhet. Studier av pasienter i ulike behandlings- og oppfølgingsfaser er viktig for å sikre dokumentasjon av effekt og mulige bivirkninger ved innføring av nye metoder, eller for å sammenlikne ulike behandlingalternativer og effekter over lang tid. Epidemiologisk forskning er viktig for å dokumentere utbredelse og årsaker til sykdom i befolkningsgrupper. Helsetjenesteforskning er viktig for å studere hvordan pasientstrømmer, organisering og samhandling i helsetjenesten påvirker pasientbehandlingen.

For medisinsk praksis vil det være behov for å tilpasse den generelle kunnskapen fra klinisk forskning til lokale behov. Dette er en del av kvalitetsutviklingsarbeidet i helsetjenesten. Det er et økende behov for at endringer i medisinsk praksis gjennom kvalitetsutviklingsprosjekter blir dokumentert etter aksepterte vitenskapelige metoder.

7.1. Forskning i helsetjenesten

Forskning på helse er et av de fire tematiske satsingsområdene som er trukket frem i forskningsmeldingen (St. meld. nr 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*). I Soria Moria-erklæringen er styrking av forskning i helsetjenesten framhevet som et viktig mål. Norge har i dag lavere forskningsinnsats enn land det er naturlig å sammenlikne oss med. Det er en lavere andel avlagte doktorgrader i medisin, odontologi og psykologi i Norge enn i de andre nordiske landene. En evaluering av medisinsk og helsefaglig forskning fra 2004 (Norges forskningsråd) viste at flere nasjonale kliniske forskningsmiljøer holder høy internasjonal standard. Samtidig pekte evalueringen på

for lite tverrfaglighet, manglende samarbeid og for dårlig tilgang på ekspertstøtte og teknisk utstyr. Etablering av et personidentifiserbart Nasjonalt pasientregister, helseregistre, nasjonale kvalitetsregistre, biobanker og innføring av elektronisk pasientjournal vil være viktige tiltak for gjøre data tilgjengelig og å styrke forskningen i helsetjenesten.

Flere evalueringer på 1980- og 1990-tallet viste at norsk klinisk forskning var svekket kvantitativt, men også i forhold til rekruttering, kvalitet og kompetanse. Forskning ble nedprioritert på bekostning av pasientbehandling. Omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten i 2002 med etablering av helseforetak, økt oppmerksomhet på forskning og innføringen av et delvis resultatbasert tilskudd til forskning på 394 mill kroner (2006) har bidratt til å styrke forskningen i helseforetakene. Årlig måling av forskningsresultater fra 2002 viser at antall publiserte vitenskapelige artikler og avlagte doktorgrader har økt.

Forskning i primærhelsetjenesten inkludert tannhelsetjenesten, har særskilte utfordringer knyttet til oppbygging av forskningskompetanse og gode forskningsmiljøer, se kap. 9.5.

7.2. Mer og bedre forskning i helsetjenesten

Det er et nasjonalt mål å øke forskningsaktiviteten i helsetjenesten.

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene er større enn sykehussektoren målt i antall utførte årsverk og koster årlig mer enn 50 mrd kr. Det gjøres svært lite forskning på feltet. Kunnskapen om sektoren, brukerne og ansatte og effekten av ulike tiltak er svært begrenset. Vi trenger systematisert kunnskap blant annet om de eldres levekår og helse, utredning og behandling av demenslidelser og multisykkelighet hos eldre. NOVA har etablert en database hvor man følger 5000 presoner over 40 år hvert femte år. Departementet har bidratt til finansiering av databasen. Sentrale temaer i denne databasen er levekår, helse, helsetjenester, utvikling av hjelpebehov, formell og uformell hjelp fra familie og offentlig helsetjeneste.

Forskning i den kommunale omsorgstjenesten vil:

- bidra til et bedre og mer kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for å planlegge, effektivisere og forbedre tjenestetilbudet
- gi økt kunnskap om brukernes bakgrunn, preferanser, levekår og helse og bidra til fag- og metodeutvikling i forebygging og behandling
- løfte pleie- og omsorgstjenestenes status blant helsetjenestene og skape faglig interesse for svake pasientgrupper
- styrke kunnskapsgrunnlaget i utdanningene i helse- og sosialfag og bidra til å bedre kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgssektoren

Forskningsaktiviteten bør skje i nært samspill mellom kommuner og utdannings- og forskningsinstitusjoner og i betydelig grad være koblet til utviklingsarbeid i kliniske miljøer.

Norsk medisinsk og helsefaglig forskning bør ha som ambisjon å være på høyde med de øvrige nordiske landene i produktivitet og kvalitet. Dette innebærer at forskning og forskerutdanning i helsetjenesten må ha en sterk ledelsesmessig forankring også i årene som kommer. Internasjonalt forskningssamarbeid er et effektivt middel for å nå målene, og økt forskningsaktivitet vil stimulere internasjonalt forskningssamarbeid.

Høy kvalitet og produktivitet på forskningen er avhengig av at vi utnytter de nasjonale fortrinn vi har for epidemiologisk og klinisk forskning som er etablert gjennom registre, biobanker, befolkningsundersøkelser og internasjonalt konkurransedyktige forskningsmiljøer. Her vil det være viktig å sikre lik tilgang for alle aktører til data i nasjonale helseregistre og biobanker.

Dokumentasjon av forskningsaktivitet gjennom publikasjonsanalyser, måling av innsatsfaktorer og fagevalueringer vil være et viktig grunnlag for å sikre god prioritering av forskning. Pasientene og brukerorganisasjonene bør spille en viktig rolle for å sikre forskningens relevans, og det må legges til rette for økt pasientmedvirkning i gjennomføring av pasientrettet forskning. Tilsvarende bør det legges til rette for god dialog med fagorganisasjonene. For å nå målet om mer og bedre forskning i helsetjenesten må forskningens legitimitet i befolkningen sikres, bl.a. ved å tilrettelegge for god forskningsetikk, sikre åpenhet og habilitet ved tildeling av forskningsmidler og et hensiktsmessig regelverk for forskning. For å fremme mer hensiktsmessig regelverk for forskning arbeider Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på å fremme en ny lov for medisinsk forskning (jf. oppfølging Nylenna-utvalget). For at forskning i helsetjenesten skal komme pasientene til nytte, er vi avhengig av å etablere effektive systemer for sammenstilling av data, forskningsformidling og implementering av forskningsresultater.

Det nasjonale samarbeidet som er etablert i medisinsk og helsefaglig forskning må fortsatt styrkes både mellom de regionale helseforetakene og mellom sentrale aktører i medisinsk og helsefaglig forskning (Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning). Dette vil bidra til god koordinering og nødvendig arbeidsdeling mellom aktørene. Et tiltak vil være å etablere formelle forskningsnettverk på tvers av institusjonene og tjenestenivåene for ulike fagområder. Slik kan lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus få en sterkere rolle i et forskningssamarbeid med universitetssykehusene.

7.3. Særskilt kompetanseoppbygging

For fagområder som psykisk helse, rusomsorg, rehabilitering, forebygging, allmennlegetjenesten, tannhelsetjenesten og kvinnehelse er det behov for å styrke forskning og kompetanse, og det er iverksatt særskilte tiltak for å ivareta dette. Forskningsprogrammene og strategiske satsinger i regi av Norges forskningsråd er et viktig virkemiddel for å styrke forskningsinnsatsen på utvalgte områder. Forskningsrådets er et nasjonalt forskningsstrategisk organ på alle fagområder. Rådet har hovedansvar for å følge opp overordnede nasjonale prioriteringer og skal være koordinerende organ for store forskningssatsinger og store investeringer. Rådet skal

også være en forskningspolitisk rådgiver for myndighetene. I tillegg er flere underliggende etater og institusjoner som for eksempel Nasjonalt folkehelseinstitutt, og Sirus tillagt et særskilt ansvar for forskning på bestemte fagområder. For å styrke forskning i allmennlegetjenesten skal det etableres allmennmedisinske forskningssentra tilknyttet universitetene. For å styrke forskning om sykdom som primært rammer kvinner (kvinnehelse) og kunnskap om kjønnsforskjeller i forebygging, utredning og behandling av sykdom som rammer begge kjønn etableres et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse ved Kvinneklinikken på Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Helsetjenesten bruker over 100 mrd kroner per år over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til helsetjenester. Samtidig har man i begrenset grad forskning på organisasjon, ledelse, finansieringssystemer og samhandling i helsetjenesten. Gjennom øremerket satsing på forskning i helseøkonomi, er det bygget opp to fagmiljøer ved henholdsvis Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen.

Demenslidelser vil være en sentral utfordring for helse- og omsorgstjenesten i årene som kommer. Det vises til kap. 9.5 der det omtales hvordan denne utfordringen bør møtes på en helhetlig måte.

7.4. Målrettet forskning - store kliniske studier

Det er behov for å øke antallet frie forskerinitierte større kliniske studier i Norge (St. meld. nr. 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*). Slik det er omtalt i stortingsmeldingen trenger vi mer forskning på spesifikke problemstillinger og pasientgrupper som legemiddelindustrien prioriterer lavt, både for å få dokumentasjon om metodenes helsegevinst og om eventuelle bivirkninger. For eksempel vil ikke data fra kliniske studier på voksne gi tilstrekkelig kunnskap om riktig behandling av for eksempel eldre og barn. Å gjennomføre store kliniske studier som omfatter mange institusjoner, vil kreve ytterligere oppbygging av kompetanse og infrastruktur.

7.5. Forskning for verdiskapning

Ved å samarbeide med næringslivet har helsesektoren mulighet til å utvikle produkter og løsninger som gir økt effektivitet og kvalitet. Bedre kobling mellom forskning i helsetjenesten og næringslivet er viktig både for fagene og næringslivet, men må ikke gå på bekostning av helsetjenestens primære oppgaver. Satsing på innovasjon og kommersialisering i helsesektoren vil være viktig for å nå målet om å øke forskningsaktiviteten til 3 prosent av BNP innen 2010, (St. meld. nr. 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*).

8. Tverrfaglige satsinger, handlingsplaner og strategier

8.1. Innledning

Nasjonale strategier og handlingsplaner (heretter omtalt som strategier) er et vanlig virkemiddel for styring av helsetjenesten, for eksempel *Opptappingsplanen for psykisk helse* og *Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009*.

Slike strategier anses for å være gode politiske og faglige styringsvirkemidler. De understøtter ønsket prioritering og kan også bidra til god koordinering mellom ulike sektorer i helsetjenesten (primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, rehabilitering, pleie og omsorg og understøttende tiltak slik som forebygging, forskning og utdanning). Det er en særlig utfordring at det er forskjellige ansvars- og styringsmessige rammebetingelser for statlig og kommunal sektor.

Det er viktig at det etableres gode kriterier og prosesser for å beslutte når det er behov for å særskilte nasjonale strategier. I dag finnes det om lag 30 slike tiltak som er iverksatt eller under utarbeidelse, jamfør tabell under kapittel 8.6. Dette kan sikre at bruken av nasjonale strategier skjer under bevissthet om hvordan disse påvirker tjenestenes prioriteringer mellom ulike formål.

Helse- og omsorgsdepartementet har også varslet at den vil legge frem en egen stortingsmelding om framtidens omsorgstjenester. Meldingen vil omtale ulike handlingsplaner bl.a. for områdene kompetanseheving og rekruttering, demens og spesialisthelsetjenester til eldre.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med en nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse. Strategien skal gi overordnede føringer for arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse innen en rekke samfunnssektorer. For helse- og omsorgssektoren vil et første skritt være å kartlegge den sosiale fordelingen av helsetjenester og årsaker til eventuelle skjevheter. En slik kartlegging vil kunne danne grunnlag for en mer rettferdig fordeling av helsetjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å sikre rehabiliteringstjenester til alle som trenger det uavhengig av alder, diagnose og funksjon. Departementet arbeider med en strategi for å styrke helse- og sosialtjenestens rolle i habilitering og rehabilitering. I tråd med Soria Moria-erklæringen arbeider flere departement om en forpliktende opptrappingsplan på rusfeltet. Høringsinstansene inviteres til å komme med innspill på disse områdene

Det legges opp til en omtale av sentrale planer slik som Nasjonal strategi for kreft, diabetes, KOLS, arbeidet med Rehabiliteringsplanen og Opptrappingsplanen for rus.

8.2. Samhandling og koordinering

Særskilte nasjonale strategier og planer er vanligvis avgrenset til ett tema eller en sykdomsgruppe, men kan samtidig være tverrfaglig og ha en bred målgruppe. Det er viktig at bredde og målgruppe for strategier og planer er tydelig definert.

Et mål med strategier eller handlingsplaner, er bedre koordinering av tiltak under den ansvarlige organisatoriske enheten og at det etableres bedre prosesser og rutiner for

samarbeid. I noen tilfeller kan det være aktuelt å gjøre endringer i enhetenes ansvars- og styringsposisjoner.

Hvilke effekter strategier og planer gir, vil være Helse- og omsorgsdepartementets ansvar. Mange strategier og tiltak vil også kreve en betydelig grad av samarbeid på direktorats- og tjenestenivå. Det kan være hensiktsmessig at et myndighetsorgan eller virksomhet gis en særskilt rolle for å ivareta videre oppfølging av en strategi eller plan. I den nasjonale strategien for kreftområdet er Sosial- og helsedirektoratet gitt en slik rolle. Det vil være naturlig å vurdere tilsvarende koordinerende rolle for Sosial- og helsedirektoratet også på andre områder med store samarbeidsutfordringer mellom tjenestenivåer og sektorer.

8.3. Beredskap

Helse- og omsorgsdepartementet skal gjennomføre beredskapsopplegg som kan verne befolkningens liv og helse og bidra til nødvendig helsehjelp også under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Helseberedskap omfatter beredskap i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kommunikasjonsberedskap, smittevernberedskap, næringsmiddel- og drikkevannberedskap, atomulykkeberedskap, beredskap mht krisepsykiatrisk bistand, forsyningstjenester og personell. Den omfatter også helsetjenestens beredskap mot masseødeleggelsesmidler; atom/radiologiske-/biologiske og kjemiske midler.

Beredskapsarbeid i Norge bygger på tre prinsipper; ansvars-, likhets- og nærhetsprinsippet. Ansvarsprinsippet innebærer at det organ som har ansvar for en funksjon eller oppgave i det daglige, også skal ha ansvar for tiltak i tilfelle ulykke eller krise. Hvert enkelt departement er ansvarlig for krisehåndteringen innenfor sine ansvarsområder. Nærhetsprinsippet innebærer at kriser skal håndteres på lavest mulig effektive nivå. Likhetsprinsippet innebærer at kriseorganisasjonen bør bygge på den organisasjon man har til daglig.

Lov om helsemessig og sosial beredskap er hovedinstrumentet for å regulere helseberedskapen. I tillegg inneholder smittevernloven og strålevernloven bestemmelser om beredskap, og slike bestemmelser finnes også i øvrig helselovgivning.

Under departementet er det flere fag- og myndighetsorganer, som ivaretar den operative beredskapen på sektoren sammen med tjenestene lokalt og regionalt. Sosial- og helsedirektoratet skal i all beredskapsvirksomhet overfor den samlede helse- og sosialtjeneste og –forvaltning bidra til å sikre at samhandlingsbehovet blir ivaretatt. Sosial- og helsedirektoratet skal også være nasjonal koordinator ved forberedelse og planlegging. Det er lagt til rette for at direktoratet i en krise kan tre inn i en operativ koordinerende rolle dersom situasjonen tilsier dette.

Nasjonale helseplan vil omtale helseberedskap i forhold til ansvarsposisjoner, helsetjenestens struktur, øvelser og kunnskap basert på erfaringer.

8.4. Oversikt over nasjonale strategier og handlingsplaner

Nasjonale strategier og handlingsplaner – under iverksetting

Tema/område	Tidsramme
St.prp.nr.63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse	Varer til 2008
Handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang innen det psykiske helsevernet	Fra 01.01.06
Strategi for arbeid og psykisk helse	Fra 01.06.06
Strategiplan for barn og unges psykiske helse	2003-2008
Nasjonal plan for selvhjelp	2004-2008
En kvinnehelsestrategi – Kap. 11 i St. meld.nr. 16 (2002-2003)	Varer til 2013
Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009	2006-2009
Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner	2004-2006
Habilitering av barn - Helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre – organisering og utvikling	Fra 2004
Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort	2004-2008
Handlingsplan for fysisk aktivitet – Sammen for fysisk aktivitet	2005-2009
Ansvar og omtanke. Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer	Start 2002 - evalueres i 2006
Forebygging av skader og ulykker – En strategiplan for sektorovergripende samarbeid	2005-2007
Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet	2006-2010
S@mspill 2007 – Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren	2004-2007
Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...og bedre skal det bli!	2005-2015

Særskilte faglige tiltak – under iverksetting

Tema/område
Behandling av kronisk smerte og palliativ medisin
Rygg- og nakkelidelser
Behandling for alvorlige overvektige/fete i helsetjenesten
Selvmordsforebyggende tiltak

Handlingsplaner og strategier – under utarbeidelse

Opptrappingsplan for rusfeltet
Tverrdepartemental strategi mot sosial ulikhet i helse
Stortingsmelding om fremtidens omsorgstilbud
Handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre
Helhetlig plan for styrket demensomsorg
Nasjonal strategi for diabetesområdet
Nasjonal KOLS-strategi
Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser

Tverrdepartemental handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen
Strategiplan for forebygging av astma, allergi og inneklimesykdommer
Nasjonal plan for barns miljø og helse i Norge
Ny nasjonal kompetanse- og rekrutteringsplan
Nasjonal strategi for å styrke helse- og sosialtjenestens del av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet
Ny offentlig tannhelsereform

Det tas forbehold om kompletthet og vi ber om tilbakemelding ved eventuelle mangler.

DEL III

Den kommunale helse- og sosialtjenesten

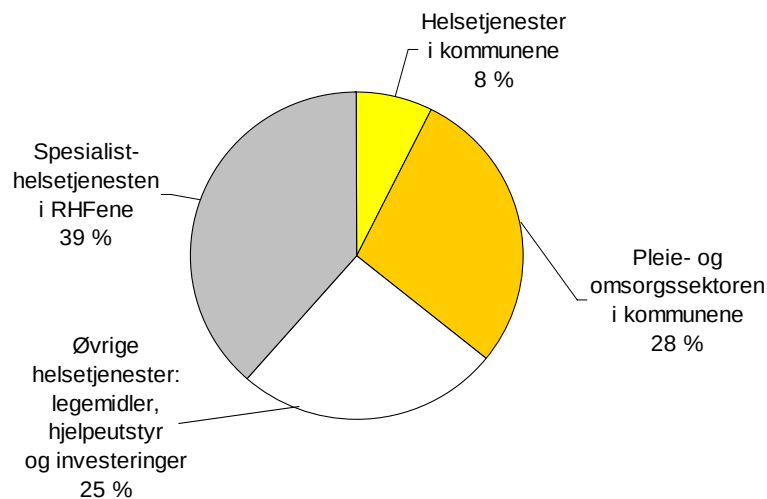
9. Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Den moderne kommunale helse- og sosialtjenesten vokste fram på 1970-tallet, og ble tilført nye store oppgaver gjennom forvaltningsreformer i 1980- og 1990-årene. Kommunehelseloven, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming står som viktige milepæler i denne utviklingen, som har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå til alle innbyggere i kommunen uavhengig av alder, diagnose, økonomi, sosial status eller andre forhold.

Den nordiske velferdsmodellen kjennetegnes av en godt utbygd lokal helse- og sosialtjeneste som avlaster spesialisthelsetjenesten for omsorgsoppgaver og bidrar til at familieomsorg kan kombineres med høy yrkesaktivitet. Det er derfor av stor betydning å vurdere disse tjenestenes kapasitet og innhold i møte med framtidens omsorgsutfordringer, ikke minst i forhold til en sterkt voksende eldre befolkning.

Målt i årsverk er kommunenes pleie og omsorgstjeneste større enn spesialisthelsetjenesten. Helse- og sosialsektoren har 200 000 årsverk fordelt på mer enn 120 definerte yrkesgrupper. Samlet antall årsverk innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern er om lag 82 000. Kommunale pleie- og omsorgstjenester utgjør den største gruppen med 107 000 årsverk. Driftsutgiftene til helse- og sosialtjenester fordeler seg imidlertid annerledes:

Figur1: Fordeling av driftsutgifter til helse og sosialtjenester



Kilde: Kommunal og regionaldepartementet

9.1. Dagens tjenestetilbud

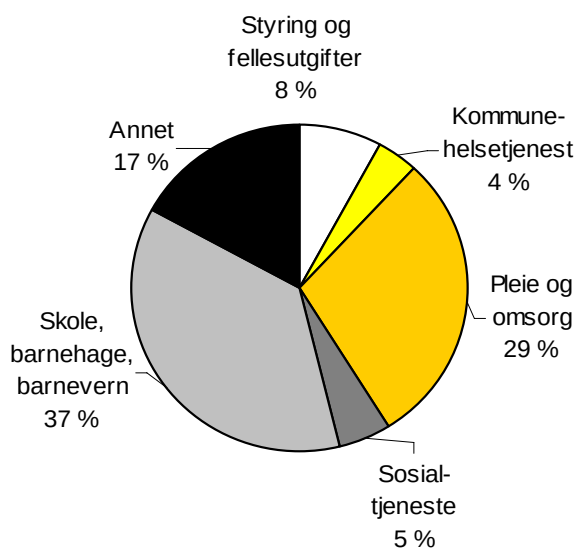
Den kommunale helse- og sosialtjenesten kan grovt sett inndeles i helsetjenester, omsorgstjenester og sosialtjenester. Om lag 200 000 ansatte utførte vel 145 000 årsverk, og brutto driftsutgifter var i 2005 over 71 mrd kr.

Omsorgstjenestene består i hovedsak av sykehjem, aldershjem, omsorgsboliger, hjemmesykepleie og ulike former for hjemmetjenester med støtte fra den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten. Omsorgstjenesten utførte i 2004 nærmere 107 000 årsverk for mer enn 200 000 tjenestemottakere. Av disse bodde vel 40 000 i institusjon. Økonomisk utgjør pleie- og omsorgstjenestene nesten 4/5 av kommunens samlede helse- og sosialtjenester.

Helsetjenesten består først og fremst av miljørettet helsevern, helsesøstertjeneste, legetjeneste, fysioterapitjeneste mv, og tar om lag 10 prosent av helse- og sosialtjenesten utgifter. Antall årsverk i 2004 utgjorde for leger i kommunehelsetjenesten 4 150, for jordmødre 282, for helsesøstre 1 924 og for fysioterapeuter 4 162 (SSB). Sosialtjenestens rådgivning, veiledning og økonomiske bistand utgjør 10 -15 prosent av helse- og sosialtjenestens budsjett.

En oversikt basert på tall fra 2004 viser fordelingen av kommunale utgifter:

Figur 2: Fordeling av kommunale utgifter



Kilde: Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi april 2005

Kommunens ansvar for helsetjenestetilbudet til befolkningen i henhold til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven

Kommunens ansvar for helsetjenesten etter kommunehelsetjenesteloven er å fremme folkehelsen og forebygge sykdom, skade eller lyte (miljørettet helsevern, helsestasjon, skolehelsetjeneste, fengselshelsetjeneste), diagnostisering og behandling av sykdom, skade eller lyte, medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg, samt hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. For å løse disse oppgavene er kommunen

pålagt å sørge for følgende deltjenester: allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning, legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, jordmortjeneste, sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, medisinsk nødmeldetjeneste og transport av behandlingspersonell.

Grovt sett kan tjenestene inndeles i helsefremmende og forebyggende tjenester, kurative helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Noen av disse vil bli omtalt nærmere under.

Kommunen har ansvar for følgende generelle oppgaver etter sosialtjenesteloven: Generell forebyggende virksomhet, samarbeid med andre deler av forvaltningen og frivillige organisasjoner, medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte, informasjonsvirksomhet samt beredskapsplan, hjelpeplikt og gjensidig bistand ved ulykker/akutte situasjoner (loven kapittel 3). De enkelte sosiale tjenestene og særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere er regulert i kapittel 4 og 6. Regler om økonomisk stønad er samlet i kapittel 5, og kommunens ansvar for institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester er regulert i kapittel 7.

Sosiale tjenester rettet mot enkeltindivider omfatter *”Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA)”*. Dette omfatter blant annet hjemmehjelp, og det er her en glidende overgang til hjemmesykepleietjenester som hører under kommunehelsetjenesteloven. Sosiale tjenester rettet mot enkeltindivider omfatter videre avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og omsorgslønn. *”Bolig med heldøgns omsorgstjenester”* er avgrenset til å omfatte a) aldershjem, b) bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger og c) privat forpleining.

Kommunen står som hovedregel fritt til å bestemme hvordan oppgavene etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal organiseres. Kommunen kan organisere deltjenestene etter kommunehelsetjenesteloven ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet.

Helsefremmende og forebyggende tjenester

Helsefremmende og forebyggende tjenester etter lov om kommunehelsetjeneste omfatter blant annet miljørettet helsevern, beredskap, smittevern og annet samfunnsmedisinsk arbeid, og helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste. Innholdet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er utdypet i forskrift. Dette kan dreie seg om grupperettete oppgaver, for eksempel tilrettelegging av det fysiske og psykososiale læringsmiljø i samarbeid med barnehage og skole, eller individrettet arbeid (vaksinering, helseundersøkelser, prevensjonsveiledning). Helsestasjonene gir også tilbud om svangerskapsomsorg og forebyggende barnefysioterapi. Miljørettet helsevern er også utdypet i forskrift, hvor formålet er å sikre befolkningen mot faktorer i miljøet som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Samfunnsmedisinsk arbeid omfatter legens arbeid innen smittevern, medisinsk-faglig rådgivning, miljørettet helsevern, helsemessig beredskap og kartlegging og overvåking av helsetilstanden i befolkningen. Samfunnsmedisinsk arbeid utføres i egne heltids- eller deltidsstillinger, titulert kommunelege I eller kommuneoverlege (bydelsoverlege i store byer), i kommunehelsetjenesteloven omtalt som kommunelege (§ 3-5 Medisinsk-faglig rådgivning).

Kommunene er tillagt betydelige oppgaver blant annet innen smittevern iht smittevernloven med forskrifter. Det er i kommunene den operative smittevernberedskap er, og det første tilfellet av for eksempel pandemisk influensa vil trolig bli oppdaget i kommunehelsetjenesten. Smitteoppsporing står derfor sentralt i kommunens beredskap. I tillegg har kommunelegen i smittevernloven viktige samfunnsmedisinske oppgaver som f.eks. å ha oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen og gi informasjon og råd. I hastesaker har også kommunelegen vide fullmakter til å iverksette møteforbud, stenging, isolering av personer mv. Tilgang og vedlikehold av samfunnsmedisin i kommunene er derfor en nødvendig forutsetning for at kommunene skal ivareta disse oppgavene. I en tid hvor faren for en influensapandemi er større enn på lenge og hvor for eksempel alvorlige utbrudd av legionella og sykdommer med resistente gule stafylokokker skjer, må det arbeides for at samfunnsmedisinen gis et bredt og godt fundament i kommunene.

Kommuneplanen bør være verktøy og arena for planlegging av kommunenes egne helsetjenester. Dette var også begrunnelsen for at særlov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene er opphevet. Planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunen skal skje etter plan- og bygningslovens bestemmelser med unntak av beredskapsplanlegging som fortsatt skal skje etter lov om helsemessig og sosial beredskap og smittevernloven. I dette arbeidet trengs det samfunnsmedisinsk kompetanse i forhold til å utvikle egne helsetjenester, som smittevern og beredskap, innenfor rammene av kommuneplanen.

Spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakene vil ha behov for samfunnsmedisinsk kompetanse i utvikling av egne tjenester og tilsvarende planarbeid innen smittevern og beredskap.

Statlig helseforvaltning har ansvar for tilsyn med helsetjeneste i kommunene og i helseforetakene. Disse oppgavene krever blant annet samfunnsmedisinsk kompetanse.

Kommunelege I eller dennes stedfortreder har også en sentral oppgave i å planlegge legetjenesten, herunder fastlegeordningen, i kommunen gjennom deltakelse i lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og gjennom inngåelse og oppfølging av de individuelle fastlegeavtalene på vegne av kommunen.

9.2. Helse og lokaldemokrati

Å sikre et kvalitativt godt tjenestetilbud er et ansvar for både stat, kommune og den enkelte tjenesteutøver. Kommunene har ansvar for å bygge ut, utforme og organisere tjenestene til alle med behov for omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller boform. Å behandle søknader, fatte vedtak, sikre system for klagebehandling og føre tilsyn med egen virksomhet er også ansvar som ligger til kommunen. Når kommunene organiserer tjenestetilbudet, skal de bli å finne løsninger som tilfredsstiller behovet til ulike brukere, og ta hensyn til at brukerne er i ulike livsfaser og har behov som endrer seg over tid. Desentralisering av oppgaver og delegering av avgjørelsesmyndighet til kommunene legger forholdene til rette for lokalt selvstyre. Slik legger en også forholdene bedre til rette for en større grad av brukerorientering i tjenestene. Kommunene er, med sin nærhet til tjenestene, bedre i stand til å prioritere ressursene i samsvar med lokale behov og forutsetninger enn det staten er.

De kommunale helse- og sosialtjenestene er i hovedsak regulert i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, men må ses som en del av hele den kommunale virksomhet regulert i kommunelovgivningen. Det innebærer at utviklingen av disse tjenestene skjer lokalt og at tilpasning og prioriteringer i størst mulig grad skal være forankret i kommunalt selvstyre og lokaldemokrati. Regjeringen legger sterk vekt på å videreutvikle og styrke lokaldemokratiet og sikre at tjenestetilbudet bygges ut i tråd med lokale ønsker og behov.

En desentralisert kommunal helse- og sosialtjeneste legger til rette for et fortsatt godt samspill med familie og frivillige, og bidrar til utviklingen av et levende sivilsamfunn. Omsorgsarbeid utført av familie og frivillige er i omfang fortsatt nesten like omfattende som den offentlige omsorgen, og familieomsorgen og den offentlige omsorgen utfyller og forsterker hverandre. Det ligger et stort potensial i å utvikle bedre rammevilkår og legge forholdene bedre til rette for de som står i frivillig omsorgsarbeid. En moderne familieomsorg må være basert på likestilling og la seg kombinere med yrkesaktivitet. Det er lite realistisk at tallet på frivillige vil øke like raskt som veksten i tallet på eldre med behov for omsorg. Det må derfor legges til grunn at den offentlige helse- og sosialtjenesten må bære det meste av veksten i pleie- og omsorgsoppgavene.

9.3. Framtidas omsorgsutfordringer

Uvikling av tjenesten de seneste årene er preget av desentralisering, avinstitusjonalisering og differensiering av tilbudet. Hjelp som tidligere ble gitt på sykehus eller i sykehjem gis nå også som hjemmetjenester i omsorgsboliger og i eget hjem. Kommunene utvikler stadig flere fleksible tilbud basert på brukerens behov for bistand og hjelp. Dette krever smidigere løsninger i organiseringen av tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene har møtt disse utfordringene med en sterk opprustning av hjemmesykepleie og hjemmetjenester, et differensiert tilbud i sykehjem som blir gjort tilgjengelig for hjemmeboende brukere, og en sterk utbygging av omsorgsboliger.

Korttidsplassene i sykehjem er en god indikator på et fleksibelt tjenestetilbud i kommunene. Korttidsplasser gir gode forutsetninger for fleksibelt samarbeid med annenlinjetjenesten om utskrivingsklare pasienter og er egnet til observasjon, utredning, behandling og pleie før eventuell innleggelse i sykehus eller tilbakeføring til hjemmet.

Det har i de senere år vært en positiv utvikling i den generelle legedekningen i kommunehelsetjenesten. Dette betyr at de ressursmessige forutsetninger for å kunne gi nødvendig og forsvarlig legehjelp i kommunene er bedret. Sosial- og helsedirektoratet vurderte i 2005 legetjenesten i sykehjem. Basert på tilgjengelige undersøkelser fant direktoratet ikke grunnlag for å anta at legedekningen i sykehjem generelt er uforsvarlig, men at svært mange kommuner har for lav legedekning til å innfri de krav direktoratet stiller til god kvalitet. Hovedinntrykket er at stillingsandelene ved mange sykehjem fortsatt er små og at det er manglende kontinuitet og kapasitet i tjenesten. I statsbudsjettet for 2006 ble det varslet innføring av lokale normer for legetjenester i sykehjem i den enkelte kommune. Departementet vil i rundskriv til kommunene gi kriterier for fastsetting av lokal norm for legedekning. Rundskrivet vil presisere de krav som allerede følger av gjeldende kvalitetsforskrift og internkontrollforskrift om at behovet for legetjenester skal vurderes skriftlig og angis konkret i hver enkelt kommune. Sosial- og helsedirektoratet vil utvikle faglige retningslinjer for legetjenesten i sykehjem. I tillegg har Statistisk sentralbyrå innført "Legeårsverk pr institusjonsplass" som kvalitetsindikator i KOSTRA for å legge til rette for sammenligning mellom kommuner. Det er også realistisk å forvente økning i antall legeårsverk i sykehjem som følge av veksten i kommunenes frie inntekter, samt at regjeringens mål om 10 000 nye årsverk pleie- og omsorgssektoren innbefatter nye legeårsverk.

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses gjennom offentlig ansvar og innsats som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter. Så langt vi kan se i dag vil utfordringene først og fremst være knyttet til:

- *Nye brukergrupper*

Sterk vekst i yngre brukere med ulike funksjonshemminger og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer, krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.

- *Aldring*

Behovsvekst som følge av et økende antall eldre, krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. De nye eldre har samtidig økte ressurser både helsemessig, økonomisk og utdanningsmessig, som kan gi større evne til å mestre sykdom og funksjonstap.

- *Færre omsorgsytere*

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere. En stabil familieomsorg på dagens nivå innebærer at det offentlige må ta den forventede behovsveksten.

- *Grenseløs omsorg*

Økt mobilitet blant brukerne og internasjonalisering av arbeidsmarked og tjenestetilbydere vil utfordre kommunene til å finne fleksible løsninger på tvers av kommune- og landegrenser.

- *Aktiv omsorg*

De fleste undersøkelser peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Dette krever mer tverrfaglig tilnærming med plass til flere yrkesgrupper som dekker psykososiale behov og kan gi omsorgstilbudet en mer aktiv profil.

9.4. En sammenhengende behandlingskjede

For at kommunene skal være i stand til å møte disse utfordringene, vil det være av avgjørende betydning at spesialisthelsetjenesten bidrar med medisinsk og faglig veiledning, bistand og oppfølging. Spesielt vil hjemmesykepleiens og sykehjemmenes pasienter være avhengige av at den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingskjede, og i mange tilfeller kan samarbeide om å gi pasienten et tilbud lokalt.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid med å utarbeide en handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester for eldre, der det legges opp til følgende prioriterte mål for perioden 2007-2015:

Det skal innen 2015 være gjennomført en handlingsplan for spesialisthelsetjenester til eldre gjennom styrking av følgende seks innsatsområder:

- brukerens mestring av egen sykdom og funksjonssvikt
- forebyggende og helsefremmende tiltak i forbindelse med sykehusopphold
- tjenestetilbudet i sykehus herunder gode samhandlingstiltak med kommunene
- rekruttering av nøkkelpersonell
- økt tverrfaglig kompetanse og styrket forskning om eldres helse og tjenestetilbud
- finansieringsordninger som understøtter god klinisk praksis

Departementet viser til flere prosjekter knyttet til etablering av distriktsmedisinske sentra, områdegeriatri og utbygging av tverrfaglige ambulante team forankret i sykehusene for å følge opp den lokale pleie- og omsorgstjenesten, og vil sørge for en videre utbygging av ambulante tilbud med team innen geriatri, rehabilitering m.v. over hele landet. Dersom den kommunale helse- og sosialtjenesten skal klare å ivareta nye

og krevende oppgaver trenger den omfattende støtte fra spesialisttjenesten spesielt i forhold til:

- Utredning, diagnostisering og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser
- Løpende oppdatering av medisinsk behandlingsopplegg og oppfølging av lokalt behandlingsapparat
- Kompetansebase for veiledning og opplæring av lokalt helse- og sosialpersonell

De nærmeste årene er det en klar målsetting å bygge ut spesialisttjenestens støttefunksjoner til pleie- og omsorgstjenestens pasienter og sette samhandling i system.

Demenslidelser vil kreve en betydelig utbygging av tiltak og kapasitet i tjenestetilbud i årene framover. Departementet er i gang med en plan for å styrke hele tiltakskjeden for pasienter med demens og deres pårørende. Planarbeidet rettes mot forskning, utviklingstiltak, kompetanseheving og rekruttering, boformer og samarbeid med pårørende. Planarbeidet skal tydeliggjøre hva slags tilbud det forventes at spesialisthelsetjenesten kan gi til denne pasientgruppen. Det forutsettes at demensomsorgen inngår som en del av det helhetlige helse- og sosialtjenestetilbudet i kommunene. Regjeringen vil at forskning og fagutvikling innen forebygging og behandling av demenssykdommer skal ha høy prioritet.

9.5. Fastlegeordningen

Allmennlegetilbudet til befolkningen er fra 1. juni 2001 organisert som en fastlegeordning eller listesystem og omfattet omkring 3 750 fastleger. Totalt antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten utgjorde 4 150 leger i 2004 (SSB). Kommunen er forpliktet til å tilby innbyggerne mulighet til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. Allmennlegen eller fastlegen representerer ofte innbyggerens første møte med helsetjenesten.

Listesystemet plasserer ansvaret for allmennlegetilbudet til de som står på listen, hos en navngitt fastlege. Innbyggerne vet hvor de skal henvende seg dersom de har behov for legehjelp. Den øvrige kommunehelsetjenesten kan spørre pasient/pårørende om hvilken lege de skal kontakte for eksempel ved behov for medisinsk oppfølging, eller ved søknad om spesifikke tjenester på vegne av innbyggeren. Legevakt og sykehus har en adressat for epikriser ved behov for medisinsk oppfølging for eksempel etter en øyeblikkelig hjelp situasjon, eller etter utskrivning fra sykehus.

Fastlegeordningen er regulert på fire nivåer: I kommunehelsetjenesteloven, fastlegeforskriften, i sentralt avtaleverk mellom staten, Den norske lægeforening og Kommunenes Sentralforbund/Oslo kommune og gjennom lokale, individuelle avtaler mellom kommunen og den enkelte fastlege (fastlegeavtalen). Denne avtalen er kommunens viktigste styringsverktøy i oppfyllelsen av lovpålagte oppgaver. Samtidig vil legen gjennom fastlegeavtalen kunne sette rammer for sitt ansvar og sine oppgaver.

I henhold til fastlegeforskriften § 12 kan kommunen stille en rekke vilkår for inngåelse av individuell fastlegeavtale. Gjennom den individuelle fastlegeavtalen/ansettelseskontrakt for leger som er ansatt i et arbeidstakerforhold, skal kommunen sikre befolkningen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne tjenesten. Kommunen må samtidig sikre ivaretagelse av andre legeoppgaver som kommunen har behov for at fastlegene skal ivareta. Felles arbeid med legevakt gir mulighet for å utvikle godt samarbeid mellom kommunene og fastlegene.

Allmennmedisinske offentlige legeoppgaver er individrettede og omfatter blant annet arbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem og fengselsanstalter. I henhold til fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk kan kommunen stille vilkår om deltakelse i allmennmedisinsk offentlig legearbeid i inntil 7,5 timer per uke ved full kurativ virksomhet. Dette er en minimumsbestemmelse, dvs. at det i prinsippet står kommunen fritt å inngå avtale om en større prosentandel for eksempel legearbeid i sykehjem.

Det kan ikke stilles vilkår om deltakelse i samfunnsmedisinsk arbeid for inngåelse av fastlegeavtale. Det kan imidlertid gjøres frivillig avtale om slikt arbeid ved inngåelse av fastlegeavtale.

Evaluering av fastlegeordningen og videre utfordringer

Norges forskningsråd har hatt ansvar for å koordinere en femårig, forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen. En sluttrapport fra evalueringen, *Evaluering av fastlegereformen 2001 – 2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*, ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 07.02.06. Evalueringen har vært konsentrert rundt fire hovedområder: legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet. Sistnevnte omfatter i hvilken grad reformen har ført til en mer rasjonell utnyttelse av landets samlede legeressurser. Stikkord/indikatorer for dette området har vært organisering, koordinering og samarbeid.

Evalueringen konkluderer at fastlegereformen i hovedsak har vært vellykket. Flertallet av fastleger og innbyggere/pasienter vurderer tjenesten mer positivt enn før innføringen av ordningen, og tilgjengeligheten til tjenesten er objektivt sett blitt bedre i de fleste kommuner. Man står likevel overfor en del utfordringer. De følgende er pekt på av Forskningsrådet:

Tilgjengelighet til fastlegekontoret: Det er indikasjoner på at tilgjengeligheten fortsatt oppleves som for dårlig, både når det gjelder telefontilgjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet på legevakt. Fordi innbyggernes/pasientenes valgmuligheter er innskrenket med fastlegeordningen, blir tilgjengeligheten til eget fastlegekontor i stor grad bestemmende for tilgjengeligheten til helsetjenesten. Det som er viktig for pasientene er å slippe til med påtrengende problemer når de selv opplever at det haster. Registreringer blant pasienter på legevakt tyder på at mange er villige til å vente til neste dag dersom de er sikret time hos fastlegen da, men få er villige til å vente 4-5 dager. Timebøkene må derfor ha rom for å ta imot akutte henvendelser. Blant andre forslag til tiltak nevnes kvalitetssikringsprosjekter, for eksempel at de enkelte

legekontor gjør lokale registreringer av tilgjengelighetsindikatorer som samles inn og sammenlignes med et gjennomsnitt for mange kontor. Bør gjentas over tid med tilbakemeldinger til legene.

Byttemuligheter og tilgjengelighet hos andre fastleger: For at innbyggerne skal ha et reelt legevalg, også ved legebytte, bør det være minimum to lister å bytte til innen rimelig reiseavstand. Det er i dag ca. 10 prosent "reservekapasitet" totalt sett, dvs. antall ledige listeplasser på åpne lister. Det kan tenkes at noen leger som av taktiske grunner satte listetaket sitt urealistisk høyt ved oppstarten av fastlegeordningen kan ha beholdt dette. Disse vil trolig lukke listene sine på et lavere nivå dersom de får et vesentlig tilslag av nye pasienter. For å unngå en situasjon som man fikk i forsøkskommunen Trondheim der alle listene var lukket i januar 2000, er det viktig at kommunene er forutseende og oppretter et tilstrekkelig antall nye hjemler i tide.

Etablering og overdragelse av praksis: Det er et stort økonomisk løft å etablere seg som privatpraktiserende fastlege. Det er en fare for at fastlegene selekteres på økonomisk grunnlag. Det er nødvendig å sikre alternative inngangsporter for leger som vurderer å bli fastleger. Det pekes på muligheten for å kunne begynne som vikar, eller komme til enighet med kommunen om å starte i en fastlønnsstilling. Det oppfordres også til å ta i bruk bestemmelsen i Rammeavtalen om mulighet for "deleliste" for leger over 60 år som ble forhandlet fram av KS og Legeforeningen i 2002.

Allmennmedisinsk offentlig legearbeid: Det er en utfordring for kommunene å sikre tilstrekkelige legeressurser til arbeid i helsestasjon, skole, sykehjem m.m. I Forskningsrådets rapport vises det til en rapport fra Rehab-Nor der det foreslås at stillingsbrøkene i legetjenesten til eldre med pleie- og omsorgsbehov styrkes slik at stillingsbrøkene som hovedregel ikke er mindre enn 40 prosent. Forskningsrådets rapport påpeker at dersom det offentlige legearbeidet skal fordeles på færre leger, må dette arbeidet gjøres mer attraktivt for å tiltrekke seg leger som kunne tenke seg å jobbe mer konsentrert med denne type arbeid (mer enn 7,5 t/uke). Det foreslås imidlertid ikke hvordan dette kan skje.

Portvaktrollen: Det er behov for mer kunnskap om hvilken betydning ikke-medisinske faktorer har for fordelingen av arbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten. Det er blant annet trukket fram at det er grunn til å se nærmere på den oppsmuldring av portvaktfunksjonen som skjer ved at andre yrkesgrupper får adgang til å henvise og sykmelde.

Forskning og fagutvikling: Allmennmedisinsk fagutvikling og forskning ligger langt etter medisinsk forskning og fagutvikling innen spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenestens oppgaver er endret med behov for ny og forskningsbasert kunnskap. I spesialisthelsetjenesten er klinisk forskning en lovfestet oppgave for helseforetakene, mens tilsvarende ikke er tilfelle for kommunene. Klinisk forskning i spesialisthelsetjenesten har ofte begrenset overføringsverdi til allmennlegetjenesten.

Det er derfor et stort behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten på tjenestens egne premisser.

Sosial- og helsedirektoratet oversendte departementet i november 2005 et forslag til organisering og finansiering av forskning i allmennmedisin. Forslaget innebærer oppbygging av fire forskningsenheter som knyttes opp til universiteter som har medisinsk grunnutdanning. Regjeringen har i revidert nasjonalbudsjett for 2006 lagt fram forslag om 3 mill kroner til nærmere planlegging av forskningsenheter, i samarbeid med berørte aktører.

Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen gjenspeiler kompleksiteten i temaområdet samhandling. Resultatene tyder ikke på at samhandlingen er forverret etter innføringen av fastlegeordningen. Mange enkeltfunn antyder et potensial for bedre samhandling både innen kommunehelsetjenesten og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten; dette gjelder spesielt eldre brukere, personer med oppfølgingsbehov etter behandling i spesialisthelsetjenesten og personer med psykiske lidelser.

Fastlegens rolle og betydning i samhandlingen med andre tjenesteutøvere er også omtalt i NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* (Wisløff-utredningen). Det rettes spesiell oppmerksomhet mot fastlegens rolle i forhold til pasienter med behov for sammensatte tjenester, og det foreslås flere tiltak både av organisatorisk, finansiell og juridisk karakter.

Evalueringen har vist at fastlegen i all hovedsak fyller sin rolle på en god måte. Fastlegens rolle som pasientens sentrale kontaktpunkt må styrkes og videreutvikles. En viktig del av fastlegerollen er portner-/portvaktfunksjon. Posisjonen som ”bestiller” av helsetjenester på vegne av pasientene må tydeliggjøres og videreutvikles for å ivareta pasientens behov. Det må tydeliggjøres og legges bedre til rette for fastlegens ansvar for oppfølging av pasienter under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten og overfor pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Fastlegene er en naturlig samarbeidspartner for spesialisthelsetjenesten ikke bare etter behandling er avsluttet men også mens pasienten er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er særlig viktig for pasientgrupper som har behov for koordinering av tjenester inn mot spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentordningen er et viktig grep for å styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det behov for å utvikle flere strategier som styrker fastlegens rolle.

DEL IV

Spesialisthelsetjenesten

10. Organisering og styring

10.1. Innledning

I arbeidet med Nasjonal helseplan (2007-2010) er styring og organisering et kjerneområde for forståelse av ansvarsforhold, roller og virkemiddelbruk – og for å identifisere utfordringer og forbedringspotensialer. Organisatoriske og styringsmessige virkemidler inngår som ledd i en samlet virkemiddelstruktur for å realisere nasjonale helsepolitiske mål.

Organisasjons- og styringssystemer skal understøtte politiske mål og strategier som settes for helsetjenestene og dens utvikling. Utfordringene er store fordi ansvar for ulike innsatsområder innen den samlede helsetjenesten er fordelt på ulike deler av forvaltningen. I særdeleshet knytter det seg utfordringer til ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, mellom stat og kommune, og hvordan sammenheng og samhandling mellom tjenestenivåene fungerer i praksis.

Helsepersonell utgjør den viktigste ressursen i helsetjenesten. Helsepersonellens kompetanse (dvs. kunnskap, ferdighet og holdninger) er avgjørende for faglighet og kvalitet i tjenestene. Det bør drives aktivt utviklings- og fornyingsarbeid i helseforetakene for å styrke kvaliteten på tjenestene og utnytte ressursene bedre. De ansatte og deres organisasjoner må brukes som medspillere i dette arbeidet. Det skal legges til rette for faglig og personlig utvikling for medarbeiderne. Videre skal helse, miljø og sikkerhetsarbeid gis status og prioritet. Departementet ønsker å få høringsinstansenes synspunkter på hvordan dette kan ivaretas på en god måte.

Det er nå ikke lagt opp til store organisatoriske reformer i helsetjenesten. Dette har sin bakgrunn i at det nylig er gjennomført store og gjennomgripende reformer, blant annet sykehusreformen, fastlegereformen samt omorganisering av den sentrale helse- og sosialforvaltningen. I tillegg er bruk av rettighetsvirkemidler betydelig styrket de senere årene, og det er gjennomført en større gjennomgang av finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten. Det vektlegges nå hensiktsmessige tilpasninger og konsolidering av nyetablerte strukturer og den samlede virkemiddelbruken, og utvikling av gode samarbeidsløsninger på tvers av organisatoriske grenser. I perioden for Nasjonal helseplan (2007-2010) vil det være en løpende prosess med å vurdere eventuelle tiltak som kan skape bedre helhet og sammenheng mellom elementene i den samlede virkemiddelstrukturen. Dette kapitlet tar særskilt opp spørsmål om utvikling og tilpasninger som er aktuelle for spesialisthelsetjenesten – altså for foretaksmodellen.

Den sentrale helse- og sosialforvaltningen ble omorganisert i 2002 og myndighetsstrukturen som de utøvende tjenestene arbeider innenfor, ble etablert.

Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for en rekke basisfunksjoner knyttet til rollene som forvaltningsorgan, iverksetter av vedtatt politikk og fagdirektorat.

Sosial- og helsedirektoratet

1. er faglig organ på sosial- og helseområdet (*fagdirektoratsrollen*), som innebærer:
 - å ha ansvar for å følge situasjonen i befolkningens helsetilstand og utvikling i helsetjenesten, og skal på dette grunnlaget gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor overordnet myndighet og tjenestene,
 - på utvalgte områder sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende for tjenestens arbeid. Kunnskapsoppsummeringer og medisinske metodevurderinger fra det underliggende Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan ligge til grunn når direktoratet opptre normerende gjennom nasjonale retningslinjer for helsetjenesten (jfr omtale ovenfor)
 - å være en kompetanseorganisasjon som myndigheter og tjenesten kan henvende seg til
2. er gjennom delegasjon og ved myndighet gitt i regelverk, tillagt myndighet på sosial- og helselovgivningens område og har oppgaven å forvalte (administrere og fortolke) sosial- og helselovningen på vegne av departementene. I prinsipielle spørsmål som blant annet innebærer viktige helsepolitiske uttalelser, forelegges saken aktuelt departement. (*rolle i forhold til fastsatte regler*);
3. har ansvaret for å sikre at vedtatt helsepolitikk iverksettes på helse- og sosialområdet på de bestemte områder og etter de retningslinjer som departementet gir i tildelingsbrevet og i andre styringsdokumenter. (*rolle i forhold til vedtatt helsepolitikk*);

Den integrerte modellen som er valgt for regionale helseforetak innebærer at de både skal ivareta eierskap for underliggende helseforetaksgruppe og et "sørge for"-ansvar for helsetjenester til regionens befolkning. "Sørge for"-ansvaret innebærer både bruk av egne helseforetak og kjøp av spesialisthelsetjenester fra ulike private aktører. Dette er en grunnegenskap ved modellen, og legger til rette for at private tjenestetilbydere kan medvirke i det samlede tjenestetilbudet. I tråd med Soria Moria-erklæringen om at regjeringen vil gå imot konkurranseutsetting og privatisering innefor viktige velferdsområder har Helse- og omsorgsdepartementet klargjort overfor de regionale helseforetakene at omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus skal begrenses. Videre skal sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av private frivillige organisasjoner sikres gode og stabile rammevilkår gjennom avtaler med det offentlige. Disse forhold vil bli videre omtalt i Nasjonal helseplan. Helseforetakene lokalt (HF) – som er organisatoriske overbygninger for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste – er etablert som selvstendige rettssubjekter med egne styrever, men heleid av regionale helseforetak (RHF).

Statens helsetilsyn skal utøve det faglige overordnede tilsyn med sosial- og helsetjenesten i landet. Tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal blant annet medvirke til at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte og bidra til forebygging av svikt i tjenesten. Videre er Nasjonalt folkehelseinstitutt myndighetenes viktigste rådgiver i smittevern, miljømedisin, epidemiologi og rettstoksikologi. Folkehelseinstituttet skal bidra til å bedre befolkningens helsetilstand, først og fremst

ved å fremskaffe kunnskap og gi råd og tjenester som gjør det mulig å forebygge sykdom og helseskade.

Erfaringer hittil har vist at det for enkelte områder er behov for en tydeliggjøring av de ulike aktørers roller og deres samhandling. Dette gjelder blant annet forholdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Dette vil bli fulgt opp i arbeidet med Nasjonal helseplan. Arbeidet vil bli basert på den presentasjonen av aktørenes rolle og som er gitt i statsbudsjettet for 2005 og 2006. De involverte institusjonene vil bli trukket inn i dette arbeidet.

10.2. Overordnet om foretaksmodellen

Overordnet om styring og ansvar

Bakgrunnen for sykehusreformen med statlig eierskap og etablering av helseforetak som egne rettssubjekter fra 2002, var erkjennelsen av organisatoriske, styringsmessige og samordningsmessige utfordringer i spesialisthelsetjenesten. Modellen innebar en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med tydelig ansvars- og rollefordeling, som ga rom for fortsatt politisk styring – og samtidig søkte å legge bedre til rette for de utøvende virksomhetenes autonomi og produksjon av spesialisthelsetjenester.

Modellen er tuftet på en kombinasjon av sentralisering og desentralisering, hvor relativt vide fullmakter er delegert til foretakene i kombinasjon med overordnet styring.

Departementets helhetlige styring ivaretas dels gjennom eierstyring, og dels gjennom et årlig bestillerdokument til de regionale helseforetakene hvor det formidles tilskudd og settes vilkår til bevilgninger. Foretakenes virksomhet rammes ellers inn gjennom myndighetsstyring (lov, forskrift mv.) og gjeldende juridisk rammeverk.

Etter reformen

I den første reformperioden ble mye innsats og ressurser på alle nivåer rettet mot at den nye ansvars- og styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten skulle implementeres og virke i samsvar med lov og intensjoner; fra departementet vis-à-vis de regionale helseforetakene, og fra regionale helseforetak vis-à-vis helseforetakene. Modellen er blitt videreutviklet og justert, eksempelvis ble det besluttet at styremøtene i hovedsak skal være åpne. Videre er det i tråd med Soria Moria-erklæringen skjedd en vesentlig endring i sammensettingen av foretaksstyrene, med et flertall av eieroppnevnte styremedlemmer valgt blant foreslåtte kandidater på fylkes- og kommunenivå.

Regionale helseforetak har blant annet jobbet systematisk med utvikling av styringssystemer, strategiarbeid og samordning av virksomhetene i egen foretaksgruppe. Det har skjedd en markant utvikling fra om lag 80 sykehus og om lag 250 organisatoriske enheter før reformen, til 45 helseforetak like etter reformen – som nå er ytterligere redusert til 32 helseforetak.

10.3. Dagens status og utfordringer

Som nevnt er en av de viktigste utfordringene å styrke og forbedre samhandlingen mellom tjenestenivåene – til beste for pasientene. Å tilstrebe bedre samhandling mellom tjenestene, og møte utfordringer som følger av ulik organisatorisk, finansiell og ansvarsmessig innretting bør være et særskilt prioritert område i kommende periode.

Samhandlingsutfordringene gjelder både innad i foretakssystemet og overfor primærhelsetjenesten og andre samarbeidsaktører.

For å virkeliggjøre mer av foretaksmodellens potensial og reformens intensjoner, bør man i større grad vektlegge og tydeliggjøre den nasjonale styringen og koordineringen på utvalgte områder, som innen IKT og på investerings-/byggområdet. Det bør også i sterkere grad understøttes allerede igangsatte og gode strategiske arbeider i regionale helseforetak. Regionale helseforetak har – og skal ha – stor frihet i valg av strategier og løsninger. Men det skal rettes innsats mot å vurdere egnede områder med potensial for harmonisering og gode fellesskapsløsninger på tvers av regionene. Dette vil være særlig aktuelt for stab- og støtteområdet som ikke berører foretakenes kjernevirksomhet. En utfordring for departementet er å finne hensiktsmessige nasjonale styringspunkter for slike koordinerte grep på tvers av regionale helseforetak. Departementet vil derfor vurdere om det i større grad skal benyttes egnede organisatoriske teknikker for å understøtte slik nasjonal styring (i likhet med etablering av lønnsråd i samarbeid med styrene for regionale helseforetak).

Helseforetakene står overfor store utfordringer og krevende omstillinger med hensyn til å innfri krav om økonomisk balanse i driften. Gjennomgående er det behov for økt kostnadskontroll, bedre ressursutnyttelse og god kostnadseffektivitet i tjenestetilbudet. Skal dette lykkes, forutsettes det en stor grad av kombinasjon av fag- og ressursstyring. Det er avgjørende for foretaksmodellens virkemåte at alle de regionale helseforetakene har systemer som sikrer ressursforvaltning i samsvar med de økonomiske rammene som overordnede politiske organer trekker opp.

De regionale helseforetakene har anledning til å være styringsmessig mer konsernaktig og "tett på" overfor sine underliggende foretak enn departementet kan være overfor de regionale helseforetakene. Samtidig har nettopp foretakenes autonomi og økte frihet når det gjelder styring og forvaltning av egne ressurser vært én beveggrunn for reformen. En sentral utfordring for regionale helseforetak har vært å balansere og avstemme regionalt styringsbehov med det enkelte helseforetaks selvstendighet. Samtidig knytter det seg utfordringer til at modellen er tuftet på en treleddet kjede med eier, styrer og selvstendige foretak på to nivåer. Likeså er det utfordringer knyttet til den organisatoriske og styringsmessige "mellomposisjonen" som de regionale helseforetakene har mellom nasjonalt og lokalt nivå.

Én annen utfordring har knyttet seg til viktigheten av at de regionale helseforetakene håndterer dobbeltrollen som både HF-eier og "sørge for"-ivaretager på en ryddig måte. Derfor ble det fra og med 2005 satt krav til å etablere en større organisatorisk markering mellom de to rollene. Men nettopp dette er vurdert å være en kjerneegenskap ved modellen som gir anledning til helhetlig styring av ressursinnsats mv. Samtidig som det gir rom for at private aktører medvirker i det samlede tjenestetilbudet gjennom avtaler med regionale helseforetak.

En tilgrensende problemstilling har knyttet seg til de regionale helseforetakenes styringsmodell vis-à-vis underliggende helseforetak, og hvor vidt ansatte i regionale helseforetak kan delta i styrer i underliggende helseforetak. Her er det ulike syn og argumenter og problemstillingen er ikke endelig avklart. Saken var senest oppe i foretaksmøter i januar 2006, der det ble videreført at ansatte som forvalter "sørge for"-ansvaret, ikke kan delta i HF-styrer.

10.4. Evaluering av helseforetaksmodellen

Det pågår en helhetlig evaluering som er delt opp i tre hovedtiltak. Evalueringens del tre – resultatevalueringen – vil i store trekk foreligge høsten 2006. Denne vil gi grunnlag for helhetlig vurdering, inklusive vurdering av eventuelle sider ved modellen som bør analyseres eller evalueres nærmere. Omleggingen til statlig eierskap og foretaksorganisering er en av de største forvaltningsendringer som er gjennomført. Evalueringene vil gi grunnlag for utvikling og forbedring av modellen, slik at den bedre kan bidra til å realisere helsepolitiske mål.

Så langt er det gjennomført to evalueringer av modellen:

- *Evaluering av helseforetaksmodellens funksjonalitet* – rapport utarbeidet av Agenda og Muusmann
- *Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005* – rapport utarbeidet av NIBR.

Rapporten fra Agenda og Muusmann gir positive vurderinger av modellens forutsetninger for å bære fram de politiske målene som er satt for spesialisthelsetjenesten. I tillegg trekkes fram flere forhold der det bør gjennomføres tilpasninger eller endringer, som vil bli fulgt opp. I dette utviklingsarbeidet skal særlig to elementer framheves:

- På enkelte strategisk viktige områder bør det skje en sterkere grad av nasjonal styring og koordinering også for å styrke den økonomiske styringen. Særlig er dette aktuelt på IKT- og investeringsområdet. Hensynet til nasjonal likhet og god ressursutnyttelse tilsier at den nasjonale styringen bør bli noe sterkere enn i modellens første fase.
- Vektlegging av demokratiaspektet og involvering av sentrale aktører. Nasjonal helseplan, og den mulighet som dette arbeidet skal gi for politisk styring, er ment å være en slik styrking på nasjonalt nivå. Deltakelse i styrene fra medlemmer i politiske organer på regionalt og lokalt nivå er et tilsvarende styrkingstiltak på lokalt nivå. Mange steder er det også etablert samarbeidsavtaler mellom foretakene og kommuner/fylkeskommuner. Dette er et tiltak som ytterligere kan styrkes.

Grunnlaget for videre analyser og utviklingstiltak, er at helseforetaksmodellen skal videreføres i tråd med Soria Moria-erklæringen.

11. Kapasitet og struktur

11.1. Hva forstår vi med kapasitet?

Vurderinger av helseforetakenes behov for kapasitet legger premisser for investeringsbeslutninger og utviklingstiltak for øvrig. Å systematisere arbeidet med slike analyser vil stå sentralt, både i arbeidet med Nasjonal helseplan og i oppfølgingen i planperioden 2007-2010. Det vises blant annet til kap. 12 der det er omtalt hvordan kapasitetsvurderinger vil være sentral premiss for den nasjonale koordineringen av investeringsspørsmål.

Som et viktig element i arbeidet med kapasitetsspørsmål er de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å vurdere kapasitet de kommende år. Det vil innen slutten av juni 2006 bli gitt en første tilbakemelding på problemstillingen og en endelig tilbakemelding før årsskiftet.

Måten som problemstillingene tegnes på, kan ha stor betydning for hvilke resultater som kommer ut av analysene. Nedenfor presenterer departementet en mulig innfallsvinkel til problemstillingen, med invitasjon til at det gis tilbakemelding om hvordan kapasitetsproblemstillingen bør behandles.

Det er et overordnet mål at syke mennesker får tilbud om nødvendig behandling og pleie med kort ventetid, og umiddelbart ved behov for øyeblikkelig hjelp. Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal til sammen dekke befolkningens helsetjenestebehov. Om kapasiteten er tilstrekkelig er avhengig av om det samlede tilbud dekker samlet behov. Lovforankrede prioriteringskriterier setter visse begrensninger for hvilke oppgaver helsetjenesten har ansvar for. Det kan derfor være forskjell mellom de tjenester pasientene opplever å ha behov for og medisinsk vurdert behov.

Den enkelte enhet har ansvar for å yte helsetjenester inn i det samlede tjenestetilbudet. Det totale tilbudet er avhengig av summen av "byggeklossene" tjenesten er bygd opp av (behandlertimer som brukes på pasientbehandling, operasjonsstuer, senger etc.) og hvordan tjenesten organiseres (samarbeid i og mellom enheter, valg av behandlingsmetoder, etc).

Ventelister, korridorpasienter, "utskrivningsklare pasienter", "feilplasserte pasienter" og for tidlige utskrivinger er dels uttrykk for svikt i samarbeid og dårlig logistikk og kan være uttrykk for lav kapasitet. F.eks kan en utskrivningsklar pasient som ligger i korridor være forårsaket av kapasitetssvikt i pleie- og omsorgstilbudet i hjemkommunen. Kapasitetssvikt i kommunene kan være forårsaket av ventetid til spesialisthelsetjenester. Vi har mye erfaringskunnskap, men ikke gode styringsdata. Konsekvensen er dårlig sammenheng mellom enhetene i tjenesten.

11.2. Utviklingstrekk

I primærhelsetjenesten er det ikke ventelistetall for legetimer, men mange steder opplever befolkningen at det er vanskelig å få time til lege og å få nok tid hos lege. For andre helsetjenester (f.eks. sykehjemsplasser) er det betydelig variasjoner i tilgjengelighet til tilbud. Volumet av spesialisttjenestetilbudet har vokst mye de siste tiårene, særlig for poliklinikk og dagbehandling. Samtidig er det ventelister på en rekke områder, mens noen sykehus i samme periode har annonsert etter pasienter.

Det er i dag store geografiske forskjeller i ventetid like pasientgrupper. Det er også store forskjeller for ulike grupper av pasienter. Det er et skjult kapasitetsbehov for noen pasientgrupper fordi de har svært mangelfullt utbygd tilbud, og dermed få henvisninger (f.eks. lindrende behandling).

11.3. Kapasitetsbehov for helseplanperioden

Forventet utvikling av etterspørsel:

- I planperioden vil antall eldre øke. Eldre over 80 år har et særskilt behov for døgnbehandling i sykehus og kommunale pleie og omsorgstjenester. I tillegg viser tall at også aldersgruppen 50-75 år i økende grad har behov for helsetjenester. Antall krefttilfeller øker. Videre vil vi få en økning av livsstilssykdommer. Innvandrerguppen gir også endring i etterspørselsbilde. Disse faktorer er relativt forutsigbare.
- Medisinske gjennombrudd vil ha stor innvirkning på tjenestene. Nye legemidler, nye kirurgiske metoder, ny kunnskap, ny billeddiagnostikk etc. vil gi muligheter for nye tilbud, ofte gode, men også kostbare. Dette vil også kunne skape ny etterspørsel fra pasienter som ikke tidligere har hatt tilfredsstillende tilbud. Det er forutsigbart at denne faktoren slår tungt inn, men ikke direkte hvor og når den kommer.
- Endring av lovgivning (pasientrettigheter, behandlingsgarantier, endrede tvangsindikasjoner i psykiatri etc.) vil kunne endre etterspørselsbildet raskt. Dette er endringsprosesser med høy grad av forutsigbarhet, og hvor kapasitetsbehov kan kalkuleres. Praktisering av lovgivningen varierer, jf. rett til nødvendig helsehjelp.
- Forventninger til rask og sikker behandling kombinert med god service forventes å øke. Trenden viser økt bruk av fritt sykehusvalg og økt bruk av private tjenester. Det er vanskelig å forutsi effekt av slike trender.

Regulering av kapasitet:

- Kapasitet bør reguleres gjennom utjevning og styring på tvers av sykehus/ HF og RHF grenser og mellom fagområder. Dette kan gi direkte kapasitetsgevinst ved utnyttelse av ledig kapasitet.
- Kapasitet kan reguleres gjennom samarbeid mellom enhetene. Ved overgang fra døgnbehandling til dag-/ poliklinisk behandling vil betydelige kapasitetsreserver kunne frigjøres og brukes til behandling av pasienter på ventelister. Likeledes vil døgnposter omgjort til kombinasjonen dag- og hotelltilbud frigjøre kapasitet.

- Det kan på enkelte områder være behov for å bygge opp kapasitet. Etablering av observasjonsplasser og spesialiserte avdelinger for perioden etter behandling kan være ressurseffektive løsninger.
- Kapasitet begrenses ved personellmangel. Dette omtales i kapittel 14.
- Areal kan være en begrensende faktor for god kapasitetsutnyttelse. I mange sykehusenheter kan arealutnyttelsen forbedres ved lenger åpningstid for poliklinikk, slik f.eks. Nye Ahus skal drive.
- Sentrale initiativer med særskilte handlingsplaner, bruk av økonomiske incitamenter etc. er virkemidler som kan brukes for å dekke underkapasitet.

Utfordringer

Utfordringer for kapasitet og samarbeid i planperioden vil være knyttet til:

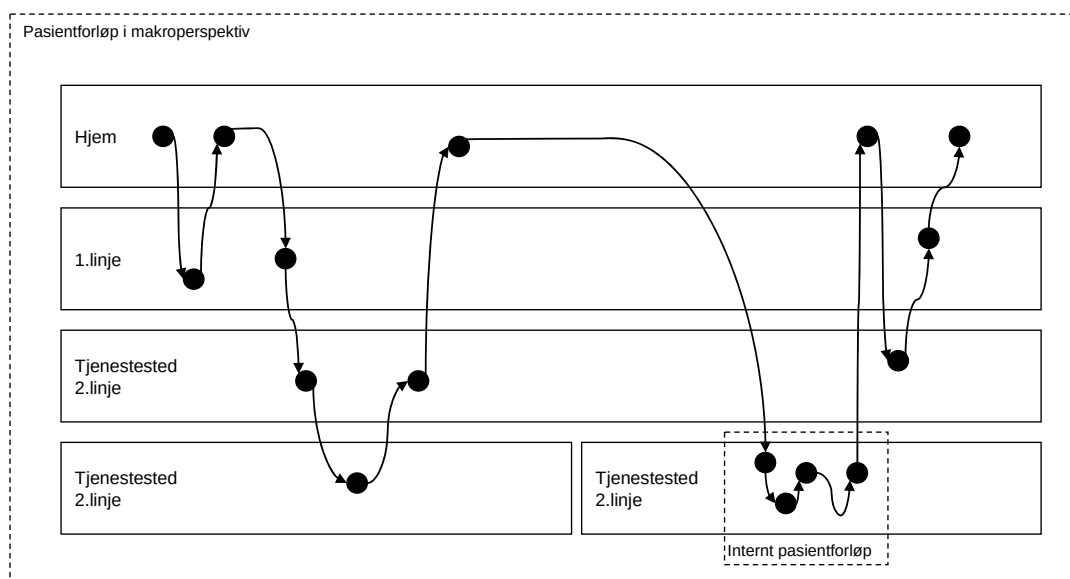
- Store forskjeller i total kapasitet mellom fagene og geografiske Forventet utvikling av tilbud og etterspørsel.
- Potensialet som ligger i å se pasientforløp på tvers av enhetsgrenser.
- Potensialet som ligger i areal- og utstyrsutnyttelse.

11.4. Struktur

Måten strukturspørsmål stilles på, kan også ha stor betydning for hvilke resultater som kommer ut av analysene. Nedenfor presenterer departementet en mulig innfallsvinkel til problemstillingen, med ønske om tilbakemelding om hvordan problemstillingen bør behandles.

Strukturbegrepet i helsetjenesten er knyttet til organisering. Tjenestene er tradisjonelt bygd opp etter grad av spesialisering etc. Det er ingen vedtatte definisjoner av enheter som lokalsykehus, sentralsykehus, regionsykehus etc. Moderne organisering legger mer vekt på oppgaver og funksjoner.

Pasienter mottar forskjellige typer tjenester i løpet av en sykdomsperiode. Et pasientforløp består av behandlingstid, ventetid og forflytning, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det store flertallet av konsultasjoner finner sted i primærhelsetjenesten. Pasientens forløp kan skisseres på denne måten.



- For pasienter med akutte behov er det viktig å komme til behandling uten unøddig opphold. Noen akutte tilstander kan løses i ambulanse, i lokalsykehus og andre i spesialisyskehus. Pasienter skal sikres et effektivt akuttforløp fram til "riktig" behandlingstilbud.
- De prehospitale tjenester (bil, fly, båt og luftambulansetjenester) er avgjørende for akuttforløp, og muliggjør trygge forflytninger mellom bosted og sykehus og mellom sykehus. Tilgjengelighet til prehospitale tjenester er avgjørende for opplevelsen av trygghet.
- Pasientforløp for pasienter med behov for avgrensede elektive tjenester er tidsfaktoren og transportavstand til tjenesten ikke av betydning for de medisinske resultater. Det kan forsvares å bruke lengre tid til sykehuset hvis tilbudet lenger unna er mer tilpasset.
- For pasienter med kroniske lidelser, pasienter med hyppige kontaktbehov og pasienter med behov for sammensatte tjenester, er det viktig at forløpet henger sammen og at det er koordinert. Dette kan som hovedregel best gis på lokalsykehusnivå og i god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

11.5. Oppgavefordeling mellom sykehus

Lokalsykehus

Lokalsykehus er for innbyggere i et definert geografisk opptaksområde. Dette gir mulighet til å utvikle faste samarbeidsstrukturer og samarbeidsprosesser med helse- og sosialtjenester i samme område. I tillegg kommer verdien av geografisk nærhet. Lokalsykehus skal ivareta hovedtilbudet til pasientgrupper med de "vanligste" lidelser. Sykehusene kan behandle et stort volum pasienter slik at de spesialiserte tjenestene ikke bruker ressurser på unøddig høyt nivå. Videre kan lokalsykehusene følge opp pasienter etter behandling i de spesialiserte prosessene. For nærmere omtale av lokalsykehusene, se kapittel 13.

Spesialiserte funksjoner

For en rekke tjenester er det nødvendig å samle spesialiserte tilbudet på færre steder. Videre må noen tjenester, av kompetanse- eller ressursmessige årsaker samles færre steder enn i hver region, såkalte landsfunksjoner og flerregionale funksjoner. Styringen av spesialiserte funksjoner er en myndighetsoppgave. Samtidig er det viktig at tjenesten selv har en aktiv holdning til hvilken spesialisering som er hensiktsmessig og til hvordan oppgavene kan bli fordelt mellom sykehusene. De regionale helseforetakene er i bestillerdokumentene for 2006 gitt i oppdrag å gi en helhetlig vurdering av de spesialiserte funksjonene. Dette vil bli fulgt opp av departement og Sosial- og helsedirektoratet i planperioden.

Struktur for utdanning

Utdanningskapasitet omhandles i kapittel 14. I dette kapitlet pekes det på sammenhenger mellom helsetjenestens struktur og hvilke personellgrupper man har behov for.

Dagens utdanningssystem for helsepersonellgrupper følger i hovedtrekk utviklingen i retning av en mer spesialisert medisin, ved at personell utdannes til avgrensede, spesialiserte oppgaver. Utfordringene med stadig flere eldre, flere med kroniske og sammensatte lidelser vil kreve større grupper av generalister og omsorgspersonell.

12. Investeringer i spesialisthelsetjenesten

Bygg og utstyr er et viktig grunnlag for en god helsetjeneste. Investeringer i nye bygg og nytt utstyr og verdibevarende vedlikehold av eksisterende bygg gir muligheter for å opprettholde og utvikle tjenestene. Dette gjelder for alle deler av helsetjenesten.

Bygging av sykehus innebærer investeringer som legger beslag på store andeler av samfunnets ressurser og legger bindinger for helsetilbudet til befolkningen i mange tiår framover. Foretaksreformen innebar en betydelig systemomlegging ved at kostnadene ved bruken av kapital kommer med i driftsbudsjett og driftsregnskaper.

Dagens investeringsregime reiser en rekke problemstillinger. Mange av disse er av teknisk og bevilgningsmessig karakter. Når denne type problemstillingene skal løses vil dette skje i nær kontakt med berørte parter og gjennom de årlige budsjettvedtak. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med å avklare de gjenstående elementene av den systemmessige omleggingen og dette vil det bli orientert om i statsbudsjettet for 2007.

De regionale helseforetakene har beslutningskompetanse til å vurdere og igangsette investeringsprosjekter samt ansvar for at prosjektene gjennomføres i henhold til beslutningsunderlag – og innenfor regionens ressursrammer. Dette har på den ene side ført til bedre samordning og oppgavefordeling mellom helseforetakene i den enkelte region. På den annen side kan det synes som om det er for lite samordning på tvers av regiongrensene, med risiko for at det på enkelte områder kan føre til overkapasitet og oppbygging av parallelle tilbud.

I høringsnotatet vil fokus innen investeringsområdet være tiltak som kan bedre den nasjonale samordningen og koordineringen av de investeringer som skal gjennomføres i planperioden.

12.1. Inntektsmodell og finansiering av investeringer

Etter lov om helseforetak skal helseforetakene følge regnskapsloven. Dette medfører at vedlikehold og fornyelse av realkapitalen (bygg og utstyr) skjer på ulike måter i helseforetaksmodellen:

- Gjennom inntekter i basisbevilgningen som skal tilsvare de årlige avskrivninger slik at realkapitalen kan vedlikeholdes og gjenanskaffes
 - For å kunne beregne de årlige avskrivningskostnadene måtte det etableres balanser for foretakene. Fylkeskommunens anleggsmidler (bygg og utstyr) var aldri tidligere systematisk kartlagt med det siktemål å vise regnskapsmessige verdier med tilhørende avskrivninger. En slik kartlegging ble gjennomført sommeren og høsten 2001. Verdssettingen av anleggsmidlene ble gjort med utgangspunkt i det såkalte gjenanskaffelsesprinsippet og ga som resultat at de verdier som helseforetakene overtok fra fylkeskommunene, framsto med en gjenanskaffelsesverdi på 97 mrd. kr. for bygg og 15 mrd. kroner i utstyr. Med de levetider som ble lagt til grunn, som bl.a innebar dekomponering av bygg i ulike komponenter så som ventilasjon og elektriske anlegg, ga dette årlige samlede avskrivninger på om lag 5 mrd. kroner.
- Gjennom årlige lånebevilgninger for å dekke opp likviditetsbehovet i byggefasen
 - Låneordningen er innrettet slik at årlige rammer bevilges over statsbudsjettet og administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. De enkelte RHFes andel av årlig lånebevilgning fordeles av departementet etter en samlet vurdering. Den årlige lånerammen har de siste årene vært i størrelsesorden 2-3 mrd. kroner.

På siden av det etablerte systemet delfinansieres tre utbyggingsprosjekter gjennom særskilt investeringstilskudd. Dette var langt framskredne prosjekter som var planlagt under fylkeskommunene (St. Olavs Hospital, Nye Ahus og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet)

Avkastningskrav

Helseforetakene er ikke pålagt noe avkastningskrav, men helseforetakene må selv håndtere rentekostnader knyttet til låneopptak, eventuelle økte avskrivningskostnader og endrede kostnadsnivå i driften innenfor egne ressursrammer.

12.2. Hva er det investert for

Perioden etter 2002 har vært omtalt med en høy investeringsaktivitet innen spesialisthelsetjenesten. Det har vært investert for om lag 23 mrd. kroner i perioden

2002-2005. Nedenstående tabell viser foretakenes finansieringsgrunnlag for foretatte investeringer i perioden, av dette er om lag 8,5 mrd. kroner finansiert med lån. Her er også lagt inn tilgjengelige investeringsmidler i 2006.

Samlet finansieringsgrunnlag for investeringer i perioden 2002-2006						mill. kr
	2002	2003	2004	2005	2006	
Midler i basisrammen til dekning av avskrivningskostnader	2.855	2.858	3.119	3.225	3.320	15.377
Særskilte tilskudd utover basisrammen:						
Investeringstilskudd under kreftplanen	134	34	159	82	-	409
Investeringstilskudd fordelt på prosjektene:	271	40	297	3.344	828	4.780
- Nye Ahus	-	-	208	344	557	1.109
- Forskningsbygg ved DnR	-	-	21	40	133	194
- Nye St. Olavs Hospital	271	40	68	2.960	138	3.166
Sum inntekter	3.260	2.932	3.575	6.651	4.148	20.566
Lån til investeringsformål i helseforetakene	772	2.000	2.750	3.000	2.750	11.272
Samlet finansieringsgrunnlag for investeringer i perioden	4.032	4.932	6.325	9.651	6.898	31.838

Bakgrunnen for og årsaken til investeringene

Ved inngangen til helsereformen forelå det omfattende planer og det var igangsatt mange utbyggingsprosjekter i fylkeskommunal regi. De igangsatte fylkeskommunale prosjektene måtte overtas av helseforetakene. Videre lå det krav om slutføring av investeringsprosjekter knyttet både til kreftplanen og opptrappingsplanen for psykiatri. Gjennomføring av disse prosjektene innebærer alene et investerings-/likviditetsbehov på om lag 25 mrd. kroner (alt er ennå ikke gjennomført). Utover dette har det også medgått milliardbeløp til å slutføre igangsatte fylkeskommunale prosjekter, hvor 6. byggetrinn i Vestfold er det største prosjektet. Det finnes en rekke mindre prosjekter knyttet til ombygging, modernisering og oppgradering av eksisterende bygninger som til sammen utgjør betydelige beløp.

Omfanget av investeringer og omfanget av foreliggende planer tilsier styrket bruk av nasjonale koordineringstiltak. Det legges vekt på at hovedtrekkene i foretaksmodellens desentrale beslutningsstruktur skal beholdes. Siktemålet med en sterkere grad av nasjonal koordinering skal understøtte at summen av investeringstiltak tilpasses det samlede nasjonale behovet for bygg og anlegg. Departementets vil legge vekt på at analysene av investeringsbehov blir vurdert i sammenheng med gjennomgangen av spesialisthelsetjenestens kapasitetsbehov, (kap. 11). Nasjonal helseplan vil skissere hvilke prosesser som skal følges overfor regionale helseforetak, fylkeskommuner og

kommuner. Det vil være et sentralt element at disse forankres i kapasitetsanalysene både nasjonalt og regionalt. Helse- og omsorgsdepartementet inviterer til synspunkter på strategier og tiltak som kan gi bedre nasjonal samordning av investeringstiltak.

13. Lokalsykehus

13.1. Overordnede rammer og innhold

Overordnede rammer

Både befolkningens behov for helsetjenester og den medisinskfaglige utviklingen gir et godt grunnlag for å utvikle livskraftige lokalsykehus. Lokalsykehustjenestene utgjør en vesentlig del av den samlede spesialisthelsetjenestens aktivitet. Ofte framstilles det som om det er en motsetning mellom faglige hensyn og hensyn til effektiv ressursbruk. I mange tilfeller eksisterer ikke en slik motsetning, og utfordringen ligger i å utnytte de faglige mulighetene, også i et desentraliseringsperspektiv. De fleste som legges inn på sykehus, kan få sin behandling på lokalsykehusnivå. Velfungerende lokalsykehustjenester er fundamentalt i den samlede spesialisthelsetjenesten. Ikke minst gjelder dette i et langstrakt land som Norge. Det legges derfor opp til å opprettholde et desentralisert sykehustilbud. Ingen lokalsykehus skal nedlegges. Prosessen med å desentralisere lokalsykehusene tjenester til distriktsmedisinske sentra eller sykestuer skal understøttes.

Det er viktig at lokalsykehusene, med sitt konkurransefortrinn med nærhet til pasientene og primærhelsetjenesten, representerer en trygghetsbase for befolkningen. På denne bakgrunn er det viktig at blir gitt klare rammer i Nasjonal helseplan for å utnytte de potensialer for utvikling som følger av demografi, befolkningens sykdomsbilde og av den medisinskfaglige utviklingen.

Lokalsykehusenes innhold

Vi står overfor en økning i antall kronisk syke mennesker, blant annet som følge av demografiske endringer, der antall mennesker over 65 år vil dobles fra 2010 til 2040². Videre forventes det en økning i antall mennesker med kroniske sykdomstilstander. Det er ventet økning i kreft, diabetes, psykisk syke, KOLS-pasienter, rusmiddelavhengige, og syke eldre. Det er en stor utfordring framover for spesialisthelsetjenesten å gi pasienter med kroniske sykdomstilstander og syke eldre med sammensatte lidelser en tjeneste med god tilgjengelighet/kapasitet og kvalitet. Lokalsykehusenes fortrinn med nærhet til pasientene og til primærhelsetjenesten tilsier at lokalsykehusenes tilbud i større grad må rettes inn mot behovene i disse gruppene.

Lokalsykehustjenestene må konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, der behandlingen krever en generell tilnærming, og ikke utpreget spisskompetanse eller omfattende utstyrsinvesteringer. Lokalsykehusfunksjonene bør i større grad fokuseres også ved de store sykehusene. Organisering og personellsammensetningen i

² Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk.

lokalsykehustjenestene bør gjenspeile pasientenes behov for en generell og helhetlig tilnærming. Særlig viktig er dette for pasientgrupper med sammensatte sykdomstilstander. Lokalsykehusene skal også kunne tilby pasientene utredning og diagnostisering, og sende videre de som trenger mer spesialiserte undersøkelser og behandling.

13.2. Lokalsykehusene - del av behandlingskjeden

Lokalsykehusenes tjenester vil inngå i den helhetlige behandlingskjeden. Mange pasienter, særlig kronisk syke mennesker og syke eldre med sammensatte lidelser, vil ha behov for oppfølging både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter, f. eks. kreftpasienter, vil også ha behov for tjenester på flere nivåer i spesialisthelsetjenesten. Det er vanskelig å angi konkret og over tid hvilke oppgaver som skal tillegges lokalsykehusnivået. I en helhetlig behandlingskjede, der behandlingsoppleggene baseres på dokumentert medisinsk metode, vil det skje medisinske innovasjoner som vil medføre behov for endringer i oppgavefordelingen både mellom nivåer innad i spesialisthelsetjenesten, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er argumenter som tilsier at organiseringen av helsetjenesten ikke bør være førende for innholdet i behandlingstilbudet. Det bør i stedet gis rom for en fleksibilitet i oppgavefordelingen mellom de ulike delene av helsetjenesten, i henhold til hva som er hensiktsmessig ut fra ny medisinsk/teknologisk kunnskap. Arbeidet med bedret arbeidsdeling mellom sykehusene for å fremme styrket kvalitet i tilbudet skal fortsette.

13.3. Fødetilbud

Fødetilbudet er en tjeneste de fleste kvinner vil benytte seg av, og det må sikres nærhet til fødetilbudene. Det er i Norge lagt opp til en desentralisert og differensiert fødselsomsorg, der det skilles mellom normale og kompliserte svangerskap og fødsler. Fødetilbud for lavrisikofødsler / fødestuer bør være tilgjengelige, desentralisert ved lokalsykehusene og som del av lokalsykehusfunksjonen ved de store sykehusene. I tillegg bør det være fødestuer lokalisert utenfor sykehus der avstanden er stor til sykehus. Studier viser at kvaliteten i svangerskaps- og fødselsomsorgen er avhengig av at kvinnene opplever trygghet og forutsigelighet. Det må derfor settes fokus på at det skal være en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselstjeneste. En viktig del av en framtidig utvikling av et godt fødetilbud vil derfor være å utvikle denne helheten, i samarbeid med primærhelsetjenesten.

13.4. Akuttfunksjoner

Nærhet til akuttfunksjoner er grunnleggende for befolkningens trygghet. Folk skal vite at hjelpen er der når akutt skade eller sykdom oppstår. Innholdsmessig god akuttberedskap vil bygge på et samspill mellom akuttfunksjonen i lokalsykehuset og de prehospitale tjenester, bl.a. gjennom bil- og ambulansetjeneste. Alle sykehus skal være i stand til å stabilisere akutte tilfeller. Når det gjelder akuttberedskap innen de ulike spesialiteter må det være rom for tilpasninger i forhold til det pasientgrunnlaget som det enkelte lokalsykehus skal dekke. Også innenfor akuttmedisinen er det behov for sammenhengende behandlingskjeder, basert på god faglig praksis, der de ulike

leddene har spesifikke oppgaver. Det er behov framover for å samordne primærhelsetjenestens legevakt, den prehospitale beredskapen og akuttberedskapen ved lokalsykehusene og de øvrige sykehusene.

14. Utdanning av helsepersonell

Helsetjenestens virksomhet er særdeles personellintensiv, og helsepersonellens kompetanse utgjør omtrent to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. Det er derfor av avgjørende betydning å sikre tilstrekkelig og kompetent helsepersonell. Dette gjøres gjennom utdanning av helsepersonell og gjennom rekrutterings-, forvaltnings- og stabiliseringstiltak. I dette kapitlet i Nasjonal helseplan omtales og legges vekt på utdanning av helsepersonellet, i hovedsak i spesialisthelsetjenesten.

Omsorgsmeldingen, som legges frem senere i år, vil gi nærmere omtale av utfordringer og tiltak for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

Helsepersonellens kompetanse vil være avgjørende for i hvilken grad helsetjenesten kan realisere krav til *faglighet, forsvarlighet og kvalitet* i virksomheten, samt være en sentral faktor for tjenestens *kapasitet, struktur* og *tilgjengelighet*. For å kunne sikre tilstrekkelig og kompetent helsepersonell, kreves kunnskap om forhold i og utenom tjenesten som påvirker nåværende og fremtidig personell- og kompetansebehov. På dette grunnlag må nødvendige valg gjøres, og strategier og tiltak identifiseres og iverksettes.

Et sentralt poeng er at det utdannes personell som er tilpasset helsetjenestens oppgaver. Arbeidet har skjedd gjennom ulike planperioder: *Rett person på rett plass* (1998-2001), *Rekruttering for bedre kvalitet* (2003-2006) og nå *Kompetanse- og rekrutteringsarbeid for helse- og sosialpersonell* (2007-2016). Dette gir rammer for hvordan Nasjonal helseplan skal understøtte målrettet rekrutteringsarbeid i helse- og sosialsektoren.

14.1. Bakgrunn

Utdanning av helsepersonell omfatter grunnutdanning, videreutdanning og etterutdanning og elevene/lærlingene/studentene har helsetjenesten som praksisarena og/eller arbeidssted. Tilbudet av helsepersonell med grunnutdanning fra videregående nivå har økt siden 2000. Den økte tilgangen på hjelpeleiere og omsorgsarbeidere er et resultat av programmet for kvalifisering av ufaglærte, men også som følge av kompetansereformen i utdanningssektoren. Det har videre skjedd en kraftig utbygging og desentralisering av grunnutdanning på høyskole- og universitetsnivå i Norge siden 1980-tallet. Dette har også kommet helsepersonellutdanningene til gode, og det utdannes nå omtrent 5 000-6 000 flere helsepersonell med bakgrunn fra høyskoler og universitet, enn tidlig på 1990-tallet. I tillegg kommer at stadig flere velger å utdanne seg i utlandet. Dette gjelder spesielt medisinstudenter i grunnutdanning, og de utenlandske medisinske fakultetene omtales gjerne som "vårt 6. universitet".

For flere helsepersonellgrupper er det etablert videreutdanninger (ved fagskoler, høyskoler og universitet) som leder til høyere formalisert grad. Tre personellgrupper (leger, tannleger og optikere) har spesialistutdanninger som leder frem til offentlig spesialistgodkjenning. Legespesialistutdanningen er en praksisnær videreutdanning, som gjennomføres ved at legene tilsettes i utdanningsstillinger i helsetjenesten. Det meste av den praktiske gjennomføringen foregår i helsetjenesten, og arbeidsgiver har en sentral rolle i å legge forholdene til rette for gjennomføring av utdanningen. Legeforeningen godkjenner den enkelte spesialist (delegert fra Sosial- og helsedirektoratet), og antall godkjenninger har økt fra 592 i 1990 til 872 i 2005. I tillegg har flere yrkesorganisasjoner etablert egne spesialistutdanninger og spesialistgodkjenninger (eks psykologer og fysioterapeuter).

14.2. Tiltak og strategier

Sosial- og helsedirektoratet er gitt en sentral rolle for å bidra til tilstrekkelig og kompetent helsepersonell i helsetjenesten. Direktoratet skal sørge for å ha oversikt og kunnskap om nåværende og framtidig behov for helsepersonell og kompetanse, samt også rådgi tjenestene og Helse- og omsorgsdepartementet om strategier og tiltak for å møte utfordringene.

Grunnutdanning

Dimensjoneringen av grunnutdanningene ved høyskolene og universitetene, blir vurdert av Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet i forbindelse med den årlige budsjettprosessen. Herunder vil det være viktig å etablere klargjørende prosesser. Viktige momenter er nasjonale behov for ulike helsepersonellgrupper, avveininger mellom ulike formål på statsbudsjettet, samt kapasiteten ved utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten som praksisarena. Det er viktig å sikre høy nok kvalitet på praksisundervisningen og god sammenheng mellom teoriundervisningen og de forhold som blir tatt opp i praksisperioden. Som et hjelpemiddel for å beregne nasjonale behov har Statistisk sentralbyrå, på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, utviklet modellen Helsemod som fremskriver tilbud og behov for helsepersonell på nasjonalt nivå. Den siste versjonen av Helsemod gjør fremskrivninger til og med 2025.

Etterutdanning og videreutdanning

Etterutdanning og videreutdanning skjer i stor grad som ledd i et arbeidsgiver-/ arbeidstakerforhold, og studentene har helsetjenesten både som praksisarena og arbeidsplass. Dimensjoneringen av etterutdanningen og videreutdanningen er derfor i stor grad definert og bestemt av arbeidsgiver eller i et samspill mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

En ”riktig” dimensjonering av etterutdanningen og videreutdanningen betinger at arbeidsgiver har et kunnskapsgrunnlag å handle ut i fra. Helselovgivningen stiller krav til forsvarlige helsetjenester, og helsetjenesten som arbeidsgiver er derfor forpliktet til å sørge for et slikt kunnskapsgrunnlag. For spesialisthelsetjenesten formidles føringer for dimensjoneringen av etterutdanningen og videreutdanningen i bestillerdokumentene til

de regionale helseforetakene. I tillegg vil Sosial- og helsedirektoratet kunne bistå med ulike kartlegginger som har til hensikt å frambringe nødvendig kunnskap.

Spesialistutdanningene

Når det gjelder legespesialistutdanningen, har Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret og fastsetter både spesialitetsstruktur og spesialitetsregler. Per i dag er det 30 hovedspesialiteter og 13 grenspesialiteter (indremedisin (5) og generell kirurgi (8)), og utdanningen fram mot ferdig spesialist tar omtrent 6 til 8 år.

Legeforeningen har tradisjonelt spilt en stor rolle for legespesialistutdanningen. I 1999 ble *Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling* etablert, som ledd i å styrke den statlige kontrollen med spesialistutdanningen og legefordelingen. Nasjonalt Råd er rådgivende for Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, i alle overordnede spørsmål i spesialistutdanningen. Nasjonalt Råd er sammensatt av 19 medlemmer som representerer sentrale parter i gjennomføringen av spesialistutdanningen av leger og legefordelingsordningen. Nasjonalt Råd har som en av sine hovedoppgaver å overvåke legemarkedet, og gir en tilrådning til departementet om fordeling av nye legestillinger. Departementet fastsetter antall nye legestillinger, herunder utdanningsstillinger, fordelt mellom helseregionene og eventuelt mellom de ulike spesialitetene og formidler dette i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal fordele legestillingene i helseregionen for å understøtte god nasjonal, regional og lokal fordeling av leger og spesialiteter.

Helse- og omsorgsdepartementet er opptatt av sammenhengen mellom spesialitetsstruktur og kapasitet og hvordan dette legges til rette for en god helsetjeneste. I oppfølgingen av Nasjonal helseplan vil det legges vekt på en systematisk dialog med involverte aktørgrupper om innhold og innretning av spesialistutdanningen.