



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 26

(2014–2015)

Melding til Stortinget

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet



Innhold

Del I	Innledning, utfordringsbilde og sammendrag	7	15 15.1 15.2 15.3	Kompetanse	58 58 59 59 66
1	Hvorfor en melding om fremtidens primærhelsetjeneste?	9	15.4	Status og utfordringer	58
2	Brukernes innspill	10	16 16.1	Kompetanseløft 2020	59
3	Kommunens samfunnsoppdrag	12	16.2	Utdanning, kompetansekrav og kompetanseutvikling	59
4	Samlet utfordringsbilde	14	17	Forskning og innovasjon	66
5	Sammendrag	19	17.1 17.2	Ledelse	71 71 74
Del II	Bakgrunn, historie, status og utviklingstrekk	25	18	Status og utfordringer	77
6	Fra Alma Ata til norske kommuner	27	18.1 18.2 18.3	Kvalitet, pasient- og brukersikkerhet	77 77 78
7	Den kommunale helse- og omsorgstjenestens utvikling	28	18.4 18.5	Status og utfordringer	77
8	Samhandlingsreformen	33	19	Vurdering og veien videre	78
9	Hva skjer i andre land?	36	19.1 19.2 19.3 19.4	Digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten	83 83 84 85 86 87
10	Norge sammenliknet med andre land	38	19.1 19.2 19.3 19.4	Status og utfordringer	83 83 84 85 86 87
11	Tall og fakta om helse- og omsorgstjenesten	40	Del IV	Formål og nytteverdi	90
Del III	Fremtidens primærhelsetjeneste: Generelle tiltak	43	20	Krav til etablering av helseregistre	91
12	Sammen med pasient, bruker og pårørende	45	20.1 20.2 20.3	Trinnvis utvikling	92
12.1	Brukermedvirkning på alle nivå ...	46	Del IV	Fremtidens primærhelsetjeneste: Tiltak innenfor enkelte tjenesteområder	93
12.2	Pårørende og frivillige	47	21	Tjenester til barn og unge	95 95 97 101
13	Team – tilgjengelighet, tverrfaglighet og koordinering .	50	21.1 21.2 21.3	Status	95
13.1	Samlokalisering av tjenester	50	21.1 21.2	Utfordringer	97
13.2	Primærhelseteam	50	21.3	Vurdering og veien videre	101
13.3	Team for særlige brukergrupper – oppfølgingsteam	54	21.4 21.5	Habilitering og rehabilitering ..	104 104 107 107 109 109
14	Finansiering av team, forebygging og nye arbeidsformer	56	21.4 21.5	Status og utfordringer	104
				Ansvarsdeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten	107
				Hvordan sikre et godt habiliterings- og rehabiliterings-tilbud?	107
				Pasient- og pårørendeopplæring ...	109
				Bedre utnyttelse av fysioterapiressursene	109

22	Tjenester til personer med psykisk helse- og rusproblemer	111	26.2	Lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg	142
22.1	Mål	111	26.3	Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser	143
22.2	Status	112	26.4	Forebyggende hjemmebesøk for eldre	143
22.3	Utfordringer	114	26.5	Kvalitetsutvikling og kvalitetsindikatorer	144
22.4	Rekruttering av flere psykologer i kommunene	117	27	Tannhelsetjenester	146
22.5	Innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter	118	28	Tjenester til den samiske befolkningen	147
22.6	Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	118	28.1	Status og utfordringer	147
22.7	Andre tiltak	119	29	Tjenester til innvandrere	150
23	Tjenester til personer med kronisk sykdom	122	29.1	Status og utfordringer	150
23.1	Mål	122	29.2	Bruk av fastleger og legevakt	151
23.2	Utfordringer	123	29.3	Kommunikasjon og språkbarrierer	151
23.3	Vurdering og veien videre	123	30	Tjenester til innsatte i fengsel .	153
24	Tjenester til brukere med store og sammensatte behov ...	126	30.1	Status og utfordringer	153
24.1	Status og utfordringer	126	30.2	Vurdering	154
24.2	Utfordringer knyttet til særlige grupper med sammensatte behov	129	31	Øyeblikkelig hjelp	155
24.3	Vurdering og veien videre	131	31.1	Status og utfordringer	155
25	Tjenestenes arbeid for å bekjempe vold og seksuelle overgrep	136	31.2	Vurdering og veien videre	158
25.1	Status og utfordringer	137	32	Økonomiske og administrative konsekvenser	161
25.2	Vurdering og veien videre	138	Litteratur	162	
26	Nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020	142			
26.1	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene	142			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 26

(2014–2015)

Melding til Stortinget

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 7. mai 2015,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

Del I

Innledning, utfordringsbilde og sammendrag

1 Hvorfor en melding om fremtidens primærhelsetjeneste?

Regjeringens politiske plattform gir tydelig uttrykk for den politiske viljen til å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De kommunale tjenestene er viktige, og blir i årene fremover stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg.» For å oppnå dette kreves endringer. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Samhandlingsreformens utfordrings- og målbilde er bredt forankret i Stortinget. Med reformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Denne rollen krever en annen kommunestruktur enn vi har i dag. En ny kommunestruktur, der kommunene blir større og mer kompetente, vil gjøre kommunene bedre i stand til å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i tråd med dagens og fremtidens behov. Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene vil også legge til rette for en helhetlig tjeneste i kommunene. Denne meldingen må derfor ses i sammenheng med meldingen om kommunereformen.

Å møte samhandlingsreformens utfordrings- og målbilde krever endringer også innad i den

kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse tjenestene har en god standard i internasjonal sammenheng, men det er utfordringer. Regjeringspartiene påpekte utfordringene bl.a. ved Stortingets behandling av Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreformen (Innst. 212 S. 2009–2010). Regjeringsplattformen reflekterer samme budskap. Det er mange år siden hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten er blitt vurdert i en melding til Stortinget. Omsorgsfeltet er nylig bredt beskrevet i Meld. St. 29 (2012–2013), Morgendagens omsorg. Av den grunn er tyngdepunktet i denne meldingen på helsetjenestene i kommunen. Det er imidlertid behov for å vurdere innholdet i og samspillet mellom alle deltjenestene, beskrive ny politikk også på omsorgsfeltet og gi tydelige og langsiktige politiske føringer for en helhetlig politikk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

En gjennomgang av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig for arbeidet med den nasjonale helse- og sykehusplanen. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten. Disse tjenestenes kvalitet og yteevne er avgjørende for hvilken sykehusstruktur vi kan ha, og for det fremtidige kapasitetsbehovet i spesialisthelsetjenesten.

Meldingen må også ses i sammenheng med meldingen til Stortinget om folkehelsen. Helse- og omsorgstjenesten må bidra i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Ofte legges grunnlaget for en god folkehelse i andre sektorer. Dette beskrives i folkehelsemeldingen.

2 Brukernes innspill

I arbeidet med meldingen er det lagt stor vekt på dialog med og innspill fra pasienter og brukere. Det er avholdt to større innspillmøter underveis. Ulike bruker- og interesseorganisasjoner ble invitert til å holde innlegg om følgende problemstillinger:

- Hva er de største utfordringene i primærhelsetjenesten sett fra deres ståsted, og hvordan kan vi møte disse utfordringene?
- Hvilke tre tiltak bør kommunene iverksette for å ivareta pasientene/brukerne av primærhelsetjenesten på en bedre måte?

De som ble invitert til å holde innlegg var: Barneombudet, Unge funksjonshemmede, Mental helse, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenester, Norsk pensjonistforbund, Statens seniorråd, Pårørende innen psykisk helse, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Norsk pasientforening, Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo kommune, Statens helsetilsyn og Ressurscenter for omstilling i kommunene.

Innspillmøtene ga et tydelig budskap fra brukerne om hva som er de største utfordringene i primærhelsetjenesten:

- Kvaliteten i tjenestene.
- Tjenestene oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte. Det er for lite koordinering mellom tjenestene.
- Det er for lite brukerinvolvering.
- Fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

De tok opp at pasienter vil bli tatt på alvor og bli behandlet med respekt. De er opptatt av å føle trygghet og tillit. Tjenesten må gi hjelp når det er behov for det. Pasientene må få delta selv og få opplæring i egenbehandling. Tjenesten må tilpasses den enkelte bruker, ikke bare den enkelte diagnose. Den sosiale situasjonen folk lever i, har stor betydning for følgene av sykdom og evnen til å medvirke i behandlingen og mestre sykdom. Det er for liten tid til en helhetsvurdering i møtet med fastlegen. Endring og forverring av helsetilstanden hos eldre oppdages ikke tidlig nok, og tas

ikke alvorlig nok. Det er i for mange tilfeller symptomene som behandles, ikke årsaken til symptomene.

Videre ble det tatt til orde for at tjenestetilbudet til mennesker med omfattende hjelpebehov kan bli bedre, både med tanke på omfang, innhold og kvalitet. Det er fortsatt mangelfull samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kvalitetsarbeidet foregår søylebasert og ikke på tverrfaglig og overordnet nivå. Det er for lite bruk av sjekklister og serviceerklæringer, og det mangler en meldeordning for uønskede hendelser i kommunale helse- og omsorgstjenester. Ordningene med koordinatorene og individuell plan fungerer ikke som de skal.

Brukerne ga mange innspill til tiltak for å møte utfordringene. De hyppigst nevnte var:

- Flere lavterskeltiltak og bedre tilgjengelighet
- Mer brukerstyrte tjenester
- Kompetanseheving i tjenesten
- Tettere oppfølging av pasienter

Forslag til tiltak ble utdypet nærmere gjennom innspill i møtene:

- I dialog med pasienten må tjenesteytere vurdere mulighetene for reduksjon av medikamentell behandling og vurdere medisinfri behandling.
- Tjenesten må i dialog med pasienten legge større vekt på å involvere familie og venner.
- Tjenesten må fokusere mer på det friske hos mennesker med sykdom, og hva den enkelte klarer og ønsker.
- Det må etableres flere lokale tilbud om opplæring og mestring for pasienter og pårørende.
- Frivillig sektor må gis mulighet til å bidra i tjenesten, og det må legges mer vekt på trivsel i tjenestetilbudet til eldre.
- De som yter tjenester, må se forbi diagnosen og se hele mennesket. Kommunikasjonen mellom helsetjenesten og pasient må bli bedre, både med hensyn til språk og forståelse av pasientens situasjon og muligheter.
- Tjenesteytere må skape forståelse for pasientens situasjon og sammen med den som tren-

ger hjelp komme fram til hvordan de kan behandles og hjelpes til å mestre eget liv med sykdom.

- Pasienter må gis mulighet til å velge og til å velge bort ulike former for tiltak og hjelp. Tjenesten må tørre og tåle å la pasienten vise vei. Tjenesten må i større grad lytte til erfaringer fra både pasienter, pårørende og annet nettverk omkring dem som mottar tjenester.
- Det må bygges opp en primærhelsetjeneste der tverrfaglighet er det bærende prinsipp, og det må etableres flere tverrfaglige team.
- Relevante og tilgjengelige tjenester må gis til rett tid. Tjenestene må innrettes mer etter prinsippet om tidlig innsats.
- Kompetansen innen eldremedisin må utnyttes bedre i kommunene og kompetansen må heves både i fastlegekontorene og i omsorgstjenesten.
- Tjenestene må organiseres slik at den som registrerer begynnende funksjonssvikt tar ansvar for at det blir fulgt opp.
- Det må etableres bedre rutiner i tjenesten for å sikre god informasjon til pasienter og pårørende. Pasienter bør få kopi av henvisninger og alle prøvesvar bør følges opp skriftlig.
- Det må etableres rutiner i kommunene for å innhente bruker- og pårønder erfaringer i arbeidet med å utvikle tjenestene. Det må stimuleres til flere samarbeidsprosjekter der brukerorganisasjoner deltar.

Innspillsmøtene har gitt et tydelig bilde av de utfordringene vi står overfor. De ulike bruker- og interesseorganisasjoner hadde også til dels overlappende forslag til tiltak. Likevel fremgikk det at ulike brukere har ulike behov. Utfordringer og forslag til tiltak var i samsvar med de inntrykk og erfaringer som tilsynsmyndigheter og pasient- og brukerombud formidlet.

Det har ved flere anledninger vært gitt uttrykk for ønske om skriftlige innspill til arbeidet med meldingen. Innspill er mottatt fra alle nivå i helse- og omsorgstjenesten, organisasjoner og enkelt-

Boks 2.1 Brukernes utsagn

Enkelte utsagn fra innspillsmøtene sa mye om utfordringsbildet og behovene sett fra brukernes ståsted:

- «Silotenkningen kan ikke fortsette. Det er behov for en tverrfaglig tilnærming.»
- «Tverrfaglighet må være det bærende prinsipp.»
- «Samarbeid må være et krav.»
- «Vi må ha mer fokus på ressurser og det friske, det å leve med sykdom, og mindre på symptomer og det å fjerne disse.»
- «Tjenesten er for sykdomsorientert. Få tenker på helse.»
- «Psykisk syke kan ha behov for et avbrekk fra hjemmesituasjonen. Det kan være for målet med en seng.»
- «Ikke alle trenger BUP. Barn ønsker oppfølging der de bor.»
- «Lavterskel innebærer å få hjelp hjemme – ikke måtte oppsøke noen.» Helsepersonell må spørre: Hva er viktig for deg, i ditt liv, akkurat nå og fremover?»
- «Noen må ha samfunnet på lista! » «Helse-tjenesten overbehandler alder og overser/underbehandler sykdom.»
- «Det er et stort overforbruk av medisiner.»
- «Husk at det å bo alene har betydning.»
- «Mangelfull kunnskap og uhensiktsmessig organisering er årsaken til at så mange eldre er på sykehus.»
- «Man overser alle varslene før det er for sent og behandler symptomer i stedet for årsak.»

personer. Alle innspill som har kommet inn viser at det er et stort engasjement for å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten og bred enighet overordnet sett om i hvilken retning utviklingen bør gå.

3 Kommunens samfunnsoppdrag

Tanken om kommunalt selvstyre har dype røtter i Norge. Begrunnelsen for den kommunale autonomien, er ideen om at frihet til lokale prioriteringer vil gi høyere tjenestekvalitet, riktigere prioriteringer og mer effektiv bruk av ressursene. Lokaldemokratiet har også en verdi i seg selv, ved at mennesker gis mulighet til å påvirke egne livsvilkår i større grad enn ved sentraliserte beslutninger. Statens mulighet til å styre innholdet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og sikre likhet i tilbud og tjenesteutøvelse, er derfor langt mindre enn innen spesialisthelsetjenesten, som er statlig eid. Staten legger likevel viktige rammer for kommunenes ansvar og oppgaver, slik det fremgår av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Samfunnsoppdraget formes også av andre faktorer, og det er i stadig endring. Endringer skjer som følge av den faglige og teknologiske utviklingen som forskyver oppgaver mellom nivåene, endringer i befolkningens sammensetning og sykdomsmønstre, og som følge av politiske målsettinger og tiltak, bl.a. samhandlingsreformen. Det er et mål at en større del av de samlede tjenestene skal ytes i kommunene, og at folkehelsearbeidet og de forebyggende tjenestene skal styrkes. Som beskrevet i avsnittet om utviklingstrekk, er dette internasjonale trender. Forskning viser at det er et potensiale for å øke både kvaliteten og kostnadseffektiviteten ved å investere i tjenestene på primærnivået.

For å sikre en fremtidsrettet og pasientorientert tjeneste må samfunnsoppdraget i sterkere grad enn i dag legge vekt på brukermedvirkning, forebygging, proaktiv oppfølging og gode forløp. Fra å ha et perspektiv der tjenesten bare responderer på individuell etterspørsel, må tjenestene forutsettes også å ha et aktivt forhold til den populasjonen de har ansvar for. Målet er å nå personer som i for liten grad etterspør tjenester, og rette ressursene mot dem med de største behovene, og mot grupper der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelse kan forhindres gjennom forebygging, tettere, strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering. Det er også et mål at psykisk helse og rus løftes tydeligere frem. Dette vil kreve omstillinger i tjenestene

De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, bør tjenestene organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressursene som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og i næringslivet. Dette er i tråd med budskapet i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, som legger vekt på å utvikle helse- og omsorgstjenestens samspill med samfunnets samlede ressurser gjennom et program for en aktiv pårørendepolitikk, utarbeidelse av en egen frivillighetsstrategi og et utvidet samarbeid både med ideelle organisasjoner og næringsliv.

Ansvarsdelingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for avgrensningen av kommunenes samfunnsoppdrag. På flere områder, fremfor alt innenfor psykisk helse, rus, pasientopplæring og rehabilitering er det i dag for uklart hva som forventes av kommunene. Større og mer kompetente kommuner vil ha mulighet til å gjøre mer enn dagens kommuner. Hvilke oppgaver det forventes at kommunene skal ivareta og ev. overta, er beskrevet i Meld. St. 14 (2014–2015) Kommune-reformen – nye oppgaver til større kommuner. Regjeringen vil gjennom kommunereformen bidra til større og mer robuste kommuner og styrket lokaldemokrati. Større og mer robuste kommuner er en forutsetning for å realisere samhandlingsreformens ambisjon om at mer av helse- og omsorgstjenestene skal ytes i kommunene. I meldingen omtales tannhelsetjenester, rehabilitering og helsetjenester til psykisk syke som områder der kommunene bør få et større ansvar. Dette vil bli omtalt nærmere under de ulike kapitlene her i denne meldingen.

Endringene i samfunnsoppdrag påvirker tjenesteyterne i kommunene. Det er de som må endre arbeidsformer og arbeidsdeling, samhandle mer og møte brukerne på en ny måte. For å få til dette er det behov for en felles oppfatning av hva samfunnsoppdraget er, og dette må gjenspeiles bl.a. i veiledningsmateriell og retningslinjer.

Et viktig formål med meldingen vil derfor være å søke en felles forståelse av hva samfunnsoppdraget er, og hva det bør være i fremtiden. Endringer i lovverket er bare ett virkemiddel for å tydeliggjøre oppdraget. Alle virkemidler staten bruker, både organisatoriske, finansielle, juridiske

og pedagogiske, og de politiske budskap som formidles gjennom meldinger, strategier og planer, har betydning. Derfor er også meldingen om folkehelsearbeidet og den kommende Nasjonal helse- og sykehusplan av betydning for kommunenes samlede samfunnsoppdrag.

4 Samlet utfordringsbilde

Utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mange og av ulike karakter. De er knyttet til brukerorientering, ledelse, rekruttering, kompetanse, organisering og arbeidsformer, tilgjengelighet, finansieringsordninger, roller og ansvar gitt de ulike yrkesgruppene gjennom utdanning og regelverk. Det er også utfordringer knyttet til endringer i demografi, med flere eldre og flere innvandrere, og i selve sykdomsbildet. I tillegg kommer mangelfulle IKT-systemer og for lite data som kan benyttes til styring, tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid og forskning. På noen områder er det kapasitetsutfordringer og for dårlig tilgjengelighet. Personellressursene utnyttes ikke optimalt. Det legges ikke nok vekt på forebygging. Tjenestene er ikke tilstrekkelig proaktive og har ikke med populasjonsperspektivet i planleggingen. Det gis for lite opplæring i mestring i samarbeid med pasient og pårørende. Tjenestene er siloorganisert og ses ikke i sammenheng som en nødvendig helhet, og med behov for tett koordinering. Det er også store bærekraftutfordringer. Dagens tjeneste er i for liten grad utformet til å møte dagens og morgendagens behov. Veksten i behov for tjenester kan overgå muligheten for å utdanne og rekruttere personell og samfunnets evne til å betale. De samlede ressursene i hele samfunnet må utnyttes bedre. Økt internasjonalisering av markedet for personell, tjenestetilbydere, pasienter og brukere stiller store krav til innovasjon og endring i tjenestene i årene fremover. Fremtidens tjenester må derfor ha nødvendig fleksibilitet og omstillingsevne. Utfordringene beskrives kort i dette kapitlet, samtidig som de utdypes i det enkelte kapittel. Utfordringene for sykehjem og hjemmetjenestene er mer detaljert omtalt i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Samtidig er det viktig å påpeke at helse- og omsorgstjenesten ikke bare er en utgiftspost i offentlige budsjetter. Sektoren bidrar vesentlig til verdiskapning i tillegg til befolkningens helse og velferd.

Flere brukere med mer komplekse behov

Kompleksiteten og bredden i de oppgavene kommunene skal ivareta har økt gradvis over tid. Primærhelsetjenesten ble bygd opp i en tid hvor bekjempelse av smittsomme sykdommer stod sentralt, og hvor liggetiden i sykehus eller annen institusjon var lang. Arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene, som gradvis vokste frem i årene frem til kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, var svært annerledes enn idag. Personer som før bodde i institusjoner skal nå få hovedparten av sine tjenester i kommunene der de bor. Det er et resultat bl.a. av HVPU-reformen, ønsket omstilling innen psykisk helsevern og kraftig reduserte liggetider i spesialisthelsetjenesten generelt med overgang til mer poliklinikk og dagbehandling. Når det gjelder sykdomsbyrde, er det nå de ikke-smittsomme sykdommene som kols, diabetes, kreft, hjerte-karsykdommer og muskelskjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens som utgjør hovedutfordringene. Da er det behov for en annen type og flerfaglig oppfølging over tid, mens personen bor hjemme.

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse. Utviklingen stiller større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Det er oftere og oftere ikke lenger slik at en tjenesteyter alene kan levere de tjenestene brukerne trenger. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet. Et viktig eksempel på dette er at brukere av hjemmetjenester i dag har mer krevende tilstander enn tidligere. De har derfor behov for mer helsetjenester og mer avanserte helsetjenester enn før. Det er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for mer legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse

i tillegg til sykepleie. Dette utfordrer det etablerte skillet mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene. Disse tjenestene må arbeide annerledes, de må samarbeide bedre, og det er behov for nye organisatoriske løsninger som bedre reflekterer dagens utfordringer.

Bærekraftutfordringer – personellressurser og prioritering

Veksten i behov for tjenester i kommunene skaper bærekraftutfordringer. Det vil bli problemer med å rekruttere nok helse- og sosialpersonell. Det vil også bli kostbart. Dette gjør det nødvendig å utnytte de samlede ressursene bedre. Helsetjenestene i kommunene i dag er i for stor grad innrettet for å møte behovene til brukere med enkle tilstander, de som selv oppsøker hjelp, som kan komme til legekantoret/instituttet og som selv står på og følger opp. Disse skal fortsatt ha et godt tilbud. God tilgjengelighet og lav terskel, slik at tilstander kan forebygges og oppdages tidlig, er en viktig egenskap ved en god førstelinjetjeneste. For flere brukergrupper er det viktig at ventetider reduseres og tilgjengeligheten bedres. Dette gjelder bl.a. brukere med lette og moderate psykiske lidelser og brukere med behov for rehabilitering. Fremtidig oppgavedeling og ressursutnyttelse må sikre at tjenestene har et godt tilbud, både til de som selv oppsøker hjelp, og de som har store og sammensatte behov.

Forenklet kan man dele brukerne av helse- og omsorgstjenestene inn i tre grupper: 1. Brukere som er friske og brukere som har en enkelt, ikke kompleks sykdom/tilstand, 2. Brukere med en kompleks sykdom/tilstand eller flere samtidige lidelser/problemer, men som er selvhjulpne og oftest i arbeid, og 3. De med de mest sammensatte og komplekse behovene, oftest brukere av hjemmetjenester/beboere i omsorgsbolig eller institusjon. Allerede i dag brukes størstedelen av ressursene til sistnevnte gruppe, på tross av at de prosentmessig utgjør en liten andel av befolkningen. Likevel får mange av dem ikke den helsemessige oppfølgingen de har behov for. De får for lite legetjenester, ofte oppfølging av ufaglært personell og andre med utilstrekkelig kompetanse og de får lite rehabilitering. For å møte behovene til disse brukerne, må grensen mellom helse- og omsorgstjenester brytes ned, samhandlingen bedres, og fastlegeressurser må frigjøres slik at de kan bruke mer tid på de som trenger legetjenester mest. Kompetansen i hjemmesykepleien må økes slik at sykepleierne tidligere kan fange

opp funksjonssvikt. Det må settes mer ressurser inn på å forebygge funksjonssvikt gjennom hverdagsrehabilitering. Da kan sykehusinnleggelsesforhindres.

Også brukere med flere samtidige lidelser/problemer trenger bedre tjenester enn i dag. De trenger tettere oppfølging i tråd med faglige retningslinjer og bedre opplæring slik at de kan mestre livet med sykdom og hindre forverring. De trenger også at tjenestene deres koordineres bedre. Denne koordineringen bør skje i kommunene, der de fleste av tjenestene skal mottas. Fastlegene har ansvar for koordinering av den medisinske oppfølgingen. For denne gruppen bør denne koordineringen styrkes.

Tjenestene må ivareta alle. Også de med lav risiko. Brukere med lav risiko vil i mange sammenhenger kunne benytte enklere tilbud enn tradisjonelle konsultasjoner for å avklare sine problemstillinger, som pasientportaler (helsenorge.no), sosiale media og liknende. De vil ofte kunne få sin behandling og veiledning av en sykepleier i stedet for hos lege eller psykolog. Ett eksempel er utvidet rekvisisjonsrett for helsesøstre og jordmødre til å skrive ut all type prevensjon til alle kvinner over 16 år uavhengig av tjenestested. Nødvendig samordning kan skje ved elektronisk informasjonsutveksling mellom tjenesteytere.

Ved en riktigere bruk av personellressursene blir det mulig å bedre tilgjengeligheten for alle. God tilgjengelighet er viktig og nødvendig for at førstelinjetjenesten skal fylle sin rolle. Det skaper trygghet, bidrar til at problemer forebygges eller avklares tidlig og reduserer unødvendig bruk av mer spesialiserte tjenester. På tross av generelt økt tilgjengelighet over tid, er den fortsatt ikke god nok. Befolkningens forventninger til tilgjengelighet har økt. Sammenliknet med andre land er det flere som må vente på time hos fastlege. Det er også lange ventetider for fysioterapi mange steder. Ungdom opplever for dårlig tilgjengelighet bl.a. til sin fastlege og til skolehelsetjenesten.

For å skape bærekraft er det ikke bare nødvendig å bruke personellressursene annerledes, men også å samarbeide på nye måter med frivillige, ideelle organisasjoner og pårørende. I fremtiden vil det bli knapphet også på de frivillige tjenesteyterne. De samlede ressursene i lokalsamfunnet må derfor ivaretas og benyttes bedre. Brukerkompetansen kan og bør trekkes inn i mye større grad gjennom likemannsarbeid. Ikke minst må brukeren selv myndiggjøres, mobiliseres til å ta ansvar og samtidig settes i stand til det.

Brukerrollen

I Norge har det i lang tid vært arbeidet med å endre brukerrollen og å sette pasienten i sentrum. NOU 1997: 2, om ledelse og organisering i sykehus, hadde tittelen Pasienten først! Man er likevel ikke kommet langt nok. Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester, beskriver og angir tiltak for en mer aktiv pasient- og brukerrolle. Arbeidet med å følge opp dette pågår. Denne regjeringen har enda høyere ambisjoner på dette området. Det er fortsatt slik at for mange beslutninger innen helse- og omsorgstjenesten tas uten at pasienten har fått anledning til å ha innflytelse. Dette gjelder alt fra beslutninger om tjenestenes utforming og innretning, til de pasientnære beslutningene som direkte berører den enkeltes liv. Hadde man systematisk innhentet brukernes mening, ville mye trolig sett annerledes ut.

Opplæring

En ny brukerrolle, der brukeren deltar i beslutninger og følger opp, krever at brukerne får tilstrekkelig informasjon, veiledning og opplæring. Dette skjer i alt for liten grad i dag. Fastlegene har ikke tid til dette innenfor sine korte konsultasjoner, og det vil i mange tilfeller være mer riktig at annet helsepersonell står for denne veiledningen og opplæringen, som ofte kan skje i grupper. Kommunene har i liten grad etablert slike tilbud. Mange kommuner har etter hvert etablert frisklivstilbud, men få kommuner har etablert opplæringstilbud for de store brukergruppene med kronisk sykdom.

Organisatorisk fragmentering

Inntil 1960-årene besto primærhelsetjenesten mange steder bare av en distriktslege og en helse-søster. Fra 1970- og fremfor alt 1980-årene har kommunenes ansvar og oppgaver økt. Tradisjonen har vært at kommunene har organisert hver ny tjeneste som separate og uavhengige tjenester: helsestasjons- og skolehelsetjeneste, fastlegekontor, fysikalsk institutt, sykehjem osv. Særlig veksten i pleie- og omsorgsoppgaver har økt, og disse tjenestene har i de fleste kommuner blitt organisert i egne avdelinger. Denne utviklingen synes å fortsette. Også nye tjenester etableres atskilt fra eksisterende tjenester: frisklivssentraler, intermedisæravdelinger, kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette gjør dagens helse- og omsorgs-

tjeneste organisatorisk fragmentert. Fragmenteringen forsterkes av at tjenestene gjerne holder til fysisk atskilt i hver sine bygg, med få eller ingen formelle møtearenaer. Interkommunale løsninger for noen av tjenestene kompliserer bildet ytterligere. Som i spesialisthelsetjenesten er majoriteten av pasientene et felles ansvar for flere deltjenester, men de har separate journalsystemer og kan derfor ikke dele informasjon. I tillegg er finansieringsordningene utformet ulikt for de ulike tjenesteyterne.

Fragmenteringen rammer de mest utsatte pasientgruppene, de med sammensatte og store problemer, brukere med psykiske plager, rus-/avhengighetsproblemer, psykisk utviklingshemmede og de skrøpelige eldste med flere sykdommer. Den rammer også alle med kroniske sykdommer som har behov for oppfølging av flere. Mange av de sistnevnte blir sittende med ansvaret for å koordinere selv. For brukerne med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har kommunen en plikt til å tilby koordinator i tillegg til at disse brukerne har en lovfestet rett til individuell plan. Mange kommuner (og sykehus) strever med å innfri den lovpålagte retten til individuell plan (IP).

Innovasjon og teknologi

Utviklingen innen informasjonsteknologien gir nye muligheter som ikke er tatt i bruk i tilstrekkelig grad. De ulike deltjenestene i kommunene kommuniserer i for liten grad elektronisk med hverandre og med spesialisthelsetjenesten. Funksjonaliteten i journalsystemene er for dårlig. Det er mange grunner til dette, men en viktig årsak er at det ikke finnes beslutningsregimer for å sikre et samordnet og funksjonelt IKT-system i helse- og omsorgstjenesten. Følgene av dette er mange. Kort oppsummert har det betydning for samhandling, pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet.

IKT-utfordringene er medvirkende til at det i dag mangler data fra store deler av helse- og omsorgstjenesten. Data fra tjenestene er nødvendig for forvaltning, styring og tjenesteutvikling. Data er også viktig for lokalt kvalitetsarbeid, kvalitetsmåling og forskning. Mangel på data har derfor store konsekvenser.

Det er utfordringer knyttet til spredning og opptak av innovasjoner i tjenesten. Videre mangler indikatorer for og data om den totale innovasjonsaktiviteten. HelseOmsorg21-strategien beskriver store forsknings- og innovasjonsutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ledelsesutfordringer

Det er mange tegn på at ledelsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i dag ikke er god nok. Helsetilsynet har gjentatte ganger sagt at deres tilsynsfunn tyder på mangelfull kvalitetssikring og kontroll, og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen. Det er mange årsaker til ledelsesutfordringene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har med årene blitt en stor og kompleks virksomhet. For å ivareta det lovpålagte ansvaret og de krav som stilles til styringssystemer i form av internkontroll og kontinuerlig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, kreves kompetente ledere på alle nivåer. Det er lav ledertetthet i sektoren og lav lederkompetanse hos for mange av lederne.

Den organisatoriske fragmenteringen er i seg selv en lederutfordring. God faglig kvalitet i tjenestene og god pasientsikkerhet krever at alle deltjeneste har gode samarbeidsrutiner og også samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten. I tillegg til lederkompetanse, kreves tilgang på god helse- og sosialfaglig kunnskap. Mange kommuner har imidlertid valgt en struktur som innebærer at de bare har en økonomisk administrativ ledelse på rådmanns-/administrasjonssjefnivå, og ingen felles faglig ledelse.

En annen stor lederutfordring er avtale-systemet for leger og fysioterapeuter. De individuelle avtalene motvirker intern ledelse på det enkelte legekantor/fysikalsk institutt, fordi den enkelte er ansvarlig for sine tjenester. Viktigere er at de vanskeliggjør styring og ledelse fra kommunens side, siden avtalene er livslange og tjenestene i stor grad reguleres av rammeavtaler inngått mellom KS og fagforeningene og finansieres av staten. Mye tyder på at kommunene i variende grad har oppfattet det som sitt ansvar å styre virksomheten. Ansvaret er imidlertid tydelig plassert i kommunen, også for disse tjenestene.

Utfordringer i tjenestene til spesielle brukergrupper

I tillegg til de tverrgående utfordringene knyttet til organisatorisk fragmentering, ledelse og kompetanse, er det utfordringer knyttet til tjenestetilbudet til ulike brukergrupper.

På flere tjenesteområder, fremfor alt innenfor psykisk helse, rus, pasientopplæring og rehabilitering, er det i dag uklart hva som forventes av kommunene. Samtidig er det på de samme områdene forventninger om at kommunene i årene fremover skal ivareta en større del av de samlede oppgavene. Det er behov for å tydeliggjøre

arbeidsdelingen med spesialisthelsetjenesten og gjøre kommunene bedre i stand til å ivareta sitt ansvar.

For psykisk helse og rus er det bred politisk og faglig enighet om at de kommunale tjenestene ikke er tilstrekkelig utbygd. Det gjelder både de forebyggende tjenestene til barn og unge og tilbudet til personer med lettere og moderate plager. Det gjelder også den helhetlige oppfølgingen av personer med mer alvorlig psykiske lidelser eller rusproblemer. Det er også mangler ved det akuttmedisinske tilbudet til personer med psykiske lidelser og rusproblemer på kveld og natt, bl.a. fordi få distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og ambulante akutteam har døgneredskap. Undersøkelser viser at mange barn og unge opplever stress og psykisk ubehag som hemmer dem i hverdagen. Mange av dem som sliter tyngst, finner ikke veien til riktig hjelp. Urovekkende mange av dem som faller fra i videregående skole, oppgir psykiske og sosiale vansker som hovedårsak. Psykisk uhelse og rusproblemer er viktige årsaker til en stor andel av sykefravær og uførepensjoner. WHO rangerer depresjon på fjerdeplass over sykdommer som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Samfunnsøkonomisk er depresjon den klart mest kostnadskrevenende av de psykiske lidelsene. Omkostningene for den enkelte som rammes er store, og kan ikke måles.

Et annet område med utfordringer er habilitering/rehabilitering. Det er ulike oppfatninger av hva rehabilitering er, uklarheter knyttet til ansvarsforhold mellom nivåene og for lav kapasitet og kompetanse i tjenestene. Mange brukere mottar ikke et godt nok tilbud. Et svært viktig element i et rehabiliteringsforløp er opplæring for egenmestring. Med et mer målrettet og intensivt tilbud i kommunene ville mange brukere blitt mer selvhjulpne og fått et bedre liv. Mange kommuner ser dette, men rapporterer problemer med å justere innholdet i tjenestene sine i takt med endringer i innholdet i tjenestene som tilbys av spesialisthelsetjenesten. Et problem de påpeker i denne sammenhengen er utfordringen med å påvirke innholdet i og prioriteringene til den avtalebaserte fysioterapitjenesten.

På tross av at barn i Norge relativt sett har god helse, er det også utfordringer knyttet til barn og unge. Nyere rapporter viser en bekymringsfull utvikling av barn og unges psykiske helse. Det er høyt frafall i videregående skole, noe som har stor betydning både for den enkelte og for samfunnet. Mange barn lever med omsorgssvikt, vold og overgrep. Dette avdekkes ofte for sent, og mange får ikke den hjelpen de har krav på, på tross av at

de fleste barn går i barnehage, i skole og har jevnlig kontakt av helsetjenesten fra fødselen av. Mobbing og utenforskap er også utfordringer for denne gruppa. Mange av utfordringene trenger en tverrsektoriell innsats for å møtes.

Tjenestene må tilpasse seg endringer i befolkningen som følge av innvandring. Innvandrere utgjorde 13 pst. av folkemengden i Norge per 1. januar 2015, mens norskfødte med innvandrerforeldre utgjorde 2,6 pst. av alle bosatte i landet (SSB). Disse har bakgrunn fra 222 ulike land og selvstyrte områder. Det bor innvandrere i alle landets kommuner, men det er flest i Oslo, der de utgjør 31 pst. av befolkningen. Drammen og Lørenskog følger etter med henholdsvis 26 og 24 pst. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017 beskriver særlige helseutfordringer og kulturelle og språklige utfordringer som oppstår i møte mellom enkelte pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten. Det er mangelfull kunnskap om ulike innvandrergruppers helse og bruk av helsetjenester. Enkelte sykdommer ser imidlertid ut til å ha en betydelig høyere forekomst i deler av innvandrerbefolkningen enn i befolkningen for øvrig. Dette gjelder bl.a. diabetes og psykiske plager. Sykeligheten er i de fleste tilfelle større for kvinner enn for menn. Vi ser også tegn på at enkelte innvandrergrupper bruker tjenestene annerledes enn majoritetsbefolkningen. Det er store utfordringer knyttet til bruk av tolk i tjenestene, selv om god kommunikasjon er en forutsetning for trygge tjenester. Regjeringen er opptatt av at ulikheter i helse ikke skal være et resultat av systematisk under- eller feilbehandling av grupper i befolkningen og vil for-

sterke arbeidet med å utvikle en pasientrettet helsetjeneste som tar høyde for de særskilte behov til enkelte innvandrergrupper. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten spiller en særlig viktig rolle for å nå målet.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ikke bare yte helsetjenester i tradisjonell forstand, men også fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer og sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Også på dette området er det utfordringer. Ikke alle med behov for det mottar tilbud om aktivitet som skaper mening i hverdagen og dekker psykososiale behov.

I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste er det også fortsatt utfordringer knyttet til kjønn. Både biologiske, fysiologiske, sosiale og kulturelle forhold påvirker kvinners og menns helse og bruk av helsetjenester og skaper ulike utfordringer. For unge kvinner ser man en uheldig utvikling med økning i psykisk uhelse, utmattelsestilstander, smertelidelser og utfordringer knyttet til svangerskap og fødsler. I den voksne befolkningen ser man at kvinner er oftere sykemeldt enn menn. Samtidig skårer menn dårligere enn kvinner på overlevelse for mange av de somatiske sykdommene, slik som kreft og hjerte/kar lidelser og diabetes. Det er behov for bedre kunnskap for å møte disse kjønnsforskjellene. Samtidig er det viktig at de tjenestene som møter folk først, dvs. den kommunale helse- og omsorgstjenesten, evner å innrette seg i tråd med bredden i behov.

5 Sammendrag

Med denne meldingen tar regjeringen et viktig skritt for å skape pasientens helsetjeneste. Regjeringen vil legge grunnlaget for en fremtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tjenesten skal fungere godt, både for de med god helse med behov for enkle konsultasjoner, for de med kroniske sykdommer og behov for mer oppfølging over tid, samt tjenester til de med sammensatte behov og nedsatt funksjon, som har behov for spesielt tilrettelagte tjenester. En fremtidsrettet tjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet. En fremtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste har god tilgjengelighet, slik at problemer kan forebygges og avklares før de vokser seg større. Det er en tjeneste som bidrar til mestring gjennom god opplæring og systematisk oppfølging i samråd med brukerne og basert på faglige retningslinjer. Slik kan også dem som lever med sykdom være aktive deltakere i skole og arbeid og annen aktivitet de finner meningsfylt. En fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste er innrettet i tråd med utviklingen i sykdomsforekomst, fag, teknologi og samfunnsutviklingen for øvrig. Den tar innover seg at flere brukere enn før har flere sykdommer samtidig, og at mer av oppfølgingen skjer i kommunene, slik at oppgavene i kommunene er blitt mer komplekse. Da må tjenestene organiseres annerledes, og det må jobbes annerledes. Dette krever endret kompetanse og god ledelse.

Regjeringen vil iverksette en rekke tiltak, noen med effekt på kort sikt, andre mer på lang sikt, som skal bidra til de nødvendige endringene. Samlet peker tiltakene tydelig ut retningen regjeringen vil utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene fremover. De største endringene er det behov for innen organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og ledelse. Retningen som pekes ut er i samsvar med samhandlingsreformens målsettinger, og tar denne videre. Veien fremover må ses i sammenheng med kommunereformen, som gir nye mulig-

heter for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen kommer tilbake til de ulike tiltakene i det enkelte års statsbudsjett. Det tas forbehold om at tiltakene vil bli gjennomført når det er budsjettmessig inndekning.

Team

Regjeringen vil legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. I dag er tjenestene for fragmenterte, bl.a. som følge av siloorganisering. Samlokalisering av tjenester er et godt første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av dagens deltjenester. Regjeringen vil derfor stimulere til samlokalisering. Men samlokalisering alene skaper ikke team. Regjeringen ønsker særlig å legge til rette for to typer team, primærhelseteam og oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov.

Primærhelseteam er team med ansvar for grunnleggende helsetjenester til hele befolkningen. En teambasert førstelinjetjeneste muliggjør et bredere og mer samordnet tilbud, bedre tilgjengelighet og riktigere bruk av personellressursene. Fastlegene vil få bedre tid til å ta seg av brukere med store og sammensatte behov og komplekse medisinske problemstillinger. Samtidig vil brukere med langvarige eller kroniske tilstander, som fortsatt er selvhjulpne, få et bedre tilbud. Det er denne gruppen som særlig vil ha glede av primærhelseteam. Teamene vil, gjennom brukermedvirkning, oversikt over egen populasjons behov og god arbeidsdeling, kunne utvikle et tilbud som innebærer god opplæring, tett oppfølging og god tilgjengelighet over tid. Det skaper trygghet og kvalitet. Regjeringen vil legge til rette for primærhelseteam gjennom endringer i regelverk for organisering og finansiering. Slike endringer skal utredes.

Brukerne med de mest sammensatte behovene får i dag ikke gode nok tjenester. De får ofte for lite legetjenester og rehabilitering, og episoder med funksjonsfall oppdages ofte så sent at innleggelse ikke kan unngås. Etablering av team er viktig for å bedre dette. Mange slike team finnes alle-

rede i dag. Dagens team er imidlertid ofte knyttet til diagnoser. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der brukerne har sammensatte behov og relativt få har samme diagnose, er diagnosetilknytningen alene verken faglig riktig eller bærekraftig. Regjeringen ønsker en mer strukturert tilnærming til grupper av brukere, basert på funksjon og behov, uavhengig av diagnose. En strukturert tilnærming innebærer bl.a. en koordinator, bruk av kunnskapsbaserte prosedyrer og sjekklistor, en individuell plan utformet i samråd med brukeren og en systematisk oppfølging og evaluering for å nå målene fastsatt i planen. Koordinatoren leder et team som samarbeider med flere, gjerne på tvers av nivåene, og samordner tilbudet. Regjeringen vil legge til rette for slike team til brukere med store og sammensatte behov gjennom flere tiltak, bl.a. ved å videreføre læringsnettverk, kompetansetiltak og faglig veiledning.

Nye arbeidsformer – proaktivitet og forebygging

Etablering av team gjør det mulig å arbeide annerledes enn før. For å møte behovene til hele befolkningen er det ikke lenger nok at tjenestene følger opp når behov oppstår og folk selv oppsøker behandlere. Det er nødvendig med en mer aktiv, befolkningsrettet tilnærming, oversikt over behov og en systematisk tilnærming for å fordele ressurser i tråd med behovene. Hele tjenesten må arbeide mer forebyggende, tilby oppfølging, gi opplæring som bidrar til mestring og lage behandlingplaner i samråd med brukerne. Slike innholdsmessige endringer kan ta tid. Det krever endringer i kompetanse, kultur og holdninger, og derfor i utdanninger, og de må etterspørres av ledere på alle nivåer. Regjeringen fremmer en rekke tiltak for å få til dette. Det skal tydeliggjøres i loven at kommunene må tilby pasienter og brukere opplæring. Det skal utformes veiledere og nasjonale faglige retningslinjer. Læringsnettverk som bidrar til forbedringsarbeid skal videreføres. Det innføres en plikt til faglig dialog mellom fastleger/primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten. Infrastruktur som moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi, må støtte en slik utvikling.

Bedre tilgjengelighet

Nye måter å jobbe på vil øke tilgjengeligheten til tjenester for dem som i utgangspunktet har god helse, men får en helsemessig utfordring. Det vanligste er muskel-skjelettplager og lettere psykiske helseutfordringer. Da er det avgjørende å komme raskt til, slik at problemet ikke får utvikle

seg. En kort intervensjon, f.eks. i form av noen få konsultasjoner med en behandler, kan være nok. Det kan forebygge både plager og arbeidsuførhet. Primærhelseteam vil bedre tilgjengeligheten for alle. I tillegg vil regjeringen vurdere å innføre direkte tilgang til fysioterapi uten henvisning fra lege eller annen instans, og stille krav om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse. Frem til kravet trer i kraft, vil regjeringen innføre en ny finansieringsordning for psykologer i kommunene for å få på plass kompetansen.

Mer og bredere kompetanse

Flere brukere med større og faglig sett mer komplekse behov har betydning for kompetansebehovet i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er behov for flere med helse- og sosialfaglig kompetanse, flere med høyere helsefaglig kompetanse, og ikke minst en større tverrfaglig bredde enn før, tilpasset de utfordringer brukerne har. Det er behov for ledere med mer kompetanse både om ledelse og om de tjenestene de skal lede. Videre er det et stort behov for opplæring av personell uten fagutdanning, rekruttering til yrkesutdanning i helse- og sosialfag og etter- og videreutdanning.

Regjeringen har tidligere varslet at det skal utarbeides en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Regjeringen foreslår med dette at arbeidet utvides til å omfatte langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling i hele den kommunale helse- og omsorgssektoren. Målet er å bidra til en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Det tas sikte på å legge fram planen i forslag til statsbudsjett for 2016.

Regjeringen vil innføre kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven.

Ledelse

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er blitt en stor og kompleks virksomhet som legger beslag på en stor del av samfunnets ressurser. Det er et stort behov for innovasjon og utvikling i årene fremover. Det stiller store krav til ledelse og til lederne. Tjenesten trenger et lederløft. Det er behov for å styrke ledelsen på alle nivåer. Det er behov for flere ledere, men fremfor alt for ledere med god lederkompetanse og tilgang på solid helse- og sosialfaglig kompetanse. Regjeringen vil bidra til dette på flere måter, bl.a. ved å tydelig-

gjøre kommunens plikt til internkontroll og ved å øke tilgangen til relevante lederutdanninger. Den vil bl.a. etablere et samarbeid med spesialisthelsetjenesten om et topplederutdanningstilbud. Regjeringen vil også utarbeide en veileder for kommunens styring av private aktører med driftsavtale. Viktig er også at regjeringen, gjennom meldingen, peker ut en endret innretning av tjenestene med flere og tydeligere lederroller. Det gir muligheter både for kommunene og for helse- og sosialpersonell med visjoner og vilje til å være med å utvikle fremtidens tjenester.

Data for forvaltning og tjenesteutvikling

God ledelse, styring, forvaltning og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer, fra departement via kommunestyre til administrasjonssjefer og virksomhetsledere, forutsetter data om tjenestenes innhold, aktivitet og resultater. I dag mangler i betydelig grad slike data for deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å legge til rette for en kunnskapsbasert utvikling fremover, vil regjeringen etablere et kommunalt helse- og omsorgsregister. Registeret vil også legge til rette for lokalt kvalitetsarbeid og forskning på og i disse tjenestene.

Mer forskning på og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er viktig for bedre ledelse, styring, forvaltning og utvikling av tjenestene. Det er også viktig for kompetanse og kvalitet i tjenestene. Regjeringen vil legge til rette for styrket forskning gjennom oppfølgingen av Helse-Omsorg21.

Ny teknologi

Teknologi vil bli en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Informasjonsteknologi (IKT) kan bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Nye digitale tjenester på nett vil i større grad bidra til at innbyggerne og pasientene kan ta aktive valg rundt egen helse og gi dem bedre mulighet til å påvirke eget helsetilbud. Tilgang til egne helseopplysninger og selvbetjening kan gi pasienten en enklere hverdag og reell medvirkning i egen behandling. Det må arbeides videre for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de nødvendige IKT-verktøyene som understøtter deres arbeidsoppgaver på en god måte. Regjeringen vil modernisere IKT-plattformen slik at nødvendige helseopplysninger kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Kommunene og spesialisthelsetjenesten arbeider nå sammen med

Helsedirektoratet om en rekke utviklingstiltak som på ulike måter legger til rette for bedre elektronisk samhandling.

Mange av tiltakene i meldingen vil ha betydning på tvers av deltjenester og brukergrupper. Det gjelder bl.a. tiltak knyttet til kompetanse, ledelse, organisering, arbeidsdeling og arbeidsformer. I tillegg fremmer regjeringen tiltak rettet spesifikt mot enkelte deltjenester.

Barn og unge

For barn og unge er lett tilgjengelighet til tjenestene viktig. Problemer hos barn og unge må avdekkes tidlig for at problemene ikke skal utvikle seg videre. Til tross for at barn og unge i Norge har en god helse sett i internasjonal sammenheng, vet vi at mange har psykiske helseutfordringer. For å avdekke og hjelpe barna, ungdommene og deres familier raskt, må mange aktører samarbeide og opptre koordinert. Regjeringen har allerede startet arbeidet for at barn i Norge skal få enda bedre oppvekstvilkår og møtes av kompetente og koordinerte tjenester med tilstrekkelig kapasitet. Tiltak for å ta dette arbeidet videre beskrives i meldingen. Regjeringen vil videreføre arbeidet med å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og tilpasse innhold og arbeidsformer til dagens utfordringer. Det skal utformes en ungdomshelsestrategi og en ny strategi for seksuell helse. Regjeringen vil bekjempe barnefattigdom. Det skal i løpet av våren 2015 legges frem en barnefattigdomsstrategi. Det skal også legges frem en plan for regjeringens arbeid overfor barn og unge høsten 2015. Det interdepartementale samarbeidet om utsatte barn og unge mellom 0–24 fortsettes. Arbeidet skal ha bl.a. som mål å øke gjennomføringen i videregående opplæring samt motvirke utenforskap.

Psykisk helse og rus

Regjeringen vil styrke tjenestetilbudet til personer med rusproblemer og med psykiske helseutfordringer. Meldingen beskriver hvordan regjeringen vil følge opp løftet om å bruke lov, plan og finansiering for å få på plass et lavterskel psykisk helsetilbud, herunder flere psykologer i kommunene. Gjennom å innføre krav om psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen bidra til en nødvendig kompetanseheving i kommunenes psykisk helse- og rustjenester og samtidig gi kommunene et viktig verktøy i folkehelsearbeidet. I meldingen

beskrives veien videre når det gjelder krav om øyeblikkelig hjelp døgntilbud og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter, også innen psykisk helse og rus. Regjeringen vil tydeliggjøre kommunenes ansvar for å gi verdige og forsvarlige tjenester til mennesker med psykisk sykdom og rusproblematikk. Regjeringen vil innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling og klargjøre at den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgntilbud også omfatter brukere med psykisk helse- og rusproblemer. Gjennom arbeidet med kommunereformen vil regjeringen skape kommuner som har kapasitet og kompetanse til å levere et bredere spekter av tjenester, noe som også vil komme mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer til gode.

Brukerne med psykiske helseutfordringer har behov for oppfølging der også deres somatiske problemer ivaretas på god måte, og for opplæring og hjelp til å endre livsstil, mestre livet og følge opp egne helseutfordringer. Primærhelseteam og bedre opplæringstilbud vil derfor ha stor betydning for dem. For de med store og sammensatte behov som følge av psykisk sykdom og/eller rusproblemer er imidlertid ikke primærhelseteam tilstrekkelig. De har dokumentert nytte av oppsøkende behandlingsteam. Regjeringen vil legge til rette for flere slike team gjennom å vurdere en ny og varig finansieringsordning.

Opplæring og rehabilitering

Mange får i dag ikke den rehabiliteringen de har behov for. Ofte kartlegges og vurderes ikke behovet for rehabilitering. Dette har med kompetanse, ledelse, holdninger og kultur i tjenesten å gjøre. Når brukere blir spurt om hva som var viktig for dem, er svaret ofte å mestre daglige gjøremål. Oppfølgingen må reflektere dette. Derfor har regjeringen varslet en opptrappingsplan. I denne meldingen foreslår regjeringen å tydeliggjøre kommunenes plikt til opplæring av pasienter og pårørende. Opplæring er et sentralt element i et rehabiliteringstilbud og helt nødvendig for å skape mestring. Videre foreslår regjeringen tiltak for riktigere bruk av fysioterapiressursene og for å styrke kommunenes mulighet til å styre innholdet i deres tjenester. I tillegg foreslår regjeringen å utrede nærmere hvordan en overføring av

ansvar for habilitering og rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten til kommunene kan gjennomføres som en del av det videre arbeidet med kommunereformen. Viktig er også tiltakene knyttet til kompetanse og ledelse. Rehabilitering er en tankegang som må gjennomsyre alle ledd og deltjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Øyeblikkelig hjelp

God tilgang til øyeblikkelig hjelp er av stor betydning for folks trygghet. Legevakt har over lang tid vært pekt ut som et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden. Regjeringen har derfor revidert akuttmedisinforskriften. Virkningene av denne vil følges nøye. Mange kommuner, særlig i distriktene har utfordringer knyttet til å skaffe nødvendig kompetanse i denne tjenesten. Gode løsninger forutsetter et nært samarbeid mellom helseforetak og kommunene regionalt og lokalt. Regjeringen vil bidra til lokalt samarbeid gjennom sin styring av de regionale helseforetakene og ved å gi kommunene rammevilkår for gode løsninger. Kommunereformen er et viktig bidrag til å bedre rammevilkårene. I tillegg vil regjeringen bidra til en faglig styrket hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. Dette kan være et viktig supplement til legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Ved godt samarbeid mellom tjenestene kan det etableres alternativ til innleggelse i sykehus eller et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Vold og overgrep

Vold og seksuelle overgrep er et alvorlig folkehelseproblem. Altfor ofte lever barn og voksne i årevis med vold uten at dette avdekkes. Å avdekke vold og seksuelle overgrep er et ansvar for alle, men personell som jobber med og møter barn daglig har et særlig ansvar. Det gjelder bl.a. helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil derfor forsterke arbeidet for å utvikle tjenestene på dette området, tydeliggjøre ansvar i lov, øke kompetansen og gjøre de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastleger og legevakt, bedre i stand til avdekke og bekjempe slike overgrep. Fra 2016 vil spesialisthelsetjenesten få hovedansvar for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep, samtidig som eksisterende, robuste kommunale overgrepsmottak videreføres. Legevaktstjenesten vil fortsatt ta hånd om de fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner.

Omsorg

I meldingen beskrives regjeringens nye tiltak for å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i sykehjem, hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud. Regjeringen har allerede styrket investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser og bevilget økte midler til kompetanseutvikling. I tillegg vil regjeringen i samarbeid med KS utarbeide en plan som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns plasser i sykehjem og omsorgsboliger, etablere en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene, bidra til spredning av forebyggende hjemmebesøk for eldre, lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg, utarbeide en ny Demensplan 2020 sammen med brukere og pårørende og etablere et kvalitetsutviklingsarbeid for sykehjem.

For å gi et helhetlig bilde legges Omsorg 2020, regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, fram samtidig med denne meldingen. Omsorg 2020 omfatter allerede vedtatt politikk for å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i sykehjem,

hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud, og følger opp Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, som fikk bred politisk tilslutning gjennom Stortingets behandling, jf. Innst. 447 (2012–2103).

En helhetlig tjeneste – pasientens helsetjeneste

Enkelttiltak er viktig, men viktigere er at meldingen legger til rette for å se virkemidler for *hele* den kommunale helse- og omsorgstjenesten i sammenheng. I årene fremover er det nødvendig å bygge ned organisatoriske og andre skiller mellom ulike typer helsetjenester og mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene. Skillene reflekterer ikke brukernes behov. Som beskrevet både her og i meldingen om kommunereformen, vil helse- og omsorgstjenestene om noen år også omfatte tannhelsetjenester. Det gir mulighet for å bygge en helhetlig og fremtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste som fyller funksjonen som grunnmuren i pasientens helsetjeneste.

Del II

Bakgrunn, historie, status og utviklingstrekk

6 Fra Alma Ata til norske kommuner

Verdens helseorganisasjon (WHO) formulerte i 1977 sitt ambisiøse mål om Helse for alle i år 2000. Året etter, i 1978, arrangerte WHO en stor konferanse i Alma Ata, Kazaksthan (den gang USSR). Delegasjoner fra 134 land og 67 internasjonale organisasjoner møttes. Gjennom den berømte deklarasjonen som kom ut av møtet, ble det slått fast at tilgang til primærhelsetjenester er det viktigste for å nå målet om helse for alle (Declaration of Alma Ata 1978).

Primærhelsetjenester forstås i erklæringen som universelt tilgjengelige essensielle helsetjenester som er folks første kontaktpunkt med helsetjenesten. I primærhelsetjenesten adresseres alle de viktige helseproblemer i et lokalsamfunn. Følgende tjenester skal inngå: opplæring for å forebygge og håndtere helsemessige problemer, helsefremmende arbeid, mor-barn-helse (inkl. familieplanlegging og vaksinasjon), forebygging, behandling, rehabilitering og viktige legemidler. I erklæringen erkjennes at grunnlaget for god helse ikke oppnås uten tiltak også fra mange andre samfunnssektorer. Betydningen av lokalsamfunnet og godt samarbeid mellom de ulike sektorene fremheves.

Tankesettet og ideologien Alma Ata-erklæringen reflekterer, preget norsk helsepolitikk på 1970-tallet. Ideene fikk stor betydning for mange viktige endringer ved inngangen til 1980-tallet, fremfor alt den nye kommunehelsetjenesteloven. Loven innebar en stor desentraliseringsreform. Desentralisering var både et mål og et virkemiddel. Loven hadde som formål å samordne helse- og sosialtjenester på lokalplanet, styrke disse tjenestene i forhold til spesialisthelsetjenesten, styrke det forebyggende arbeidet, bedre ressursutnyttelsen og bedre fordelingen av personell. En annen viktig endring som tydelig var et barn av samme ideologi, var etableringen av spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin. Det var ikke lenger bare sykehusmedisin som hadde status.

I 2013 ble det markert at det var 35 år siden Alma Ata-erklæringen ved en ny konferanse i byen som nå heter Almaty. I konferansen ble diskutert ytterligere tiltak for å møte dagens globale utfordringer. Disse beskrives som fortsatt ulikheter i

helse, demografiske endringer, den økte byrden av kronisk sykdom, samtidig som smittsomme sykdommer fortsatt er et problem i mange land, og at stadig flere har flere lidelser samtidig/sammensatte problemer (multimorbiditet).

I uttalelsen fra konferansen fremheves at disse utfordringene krever innovative tilnærminger, delt ansvar, forsterket lederskap og nye ideer for å mobilisere tilstrekkelig ressurser.¹ Betydningen av og rollen til primærhelsetjenesten må revurderes for å møte utfordringene. Det trekkes særlig frem at tradisjonelle reaktive og fragmenterte, sykdoms-spesifikke intervensjoner ikke lenger er hensiktsmessig. Det må legges til rette for interprofesjonelle primærhelseteam med hensiktsmessig og oppdatert kompetanse til å møte utfordringene på en omfattende, koordinert og integrert måte gjennom hele livsløpet. Behovet for tiltak innen utdanning for å legge til rette for riktig kompetanse gis mye oppmerksomhet i erklæringen. Det samme gjelder ledelse. Å sikre inkluderende og transformativ ledelse som bidrar til innovasjon i arbeidskultur og samarbeidsformer trekkes frem. Det fremheves også et behov for å gi helsepersonellet kompetanse innen ledelse i tillegg til klinisk kunnskap, slik at de kan lede kvalitetsforbedringsarbeid. I tillegg påpekes betydningen av å ta i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi og utvikle gode ehelsetjenester. På nytt fremheves også at en sterk primærhelsetjeneste som yter tjenester gjennom hele livsløpet og er koordinert rundt den enkeltes behov ikke kan oppnås av helsetjenesten alene. Det er behov for en felles innsats med andre sektorer og nye typer samarbeid som inkluderer hele samfunnet.

Som på 1970- og 80-tallet er uttalelsen fra Almaty relevant for norsk helsetjeneste. I uttalelsen påpekes de utfordringer som også norsk helsetjeneste opplever, og de tiltak som beskrives for å møte disse er i stor grad aktuelle for og sammenfallende med de tiltak som beskrives i denne meldingen.

¹ International anniversary conference marking 35 years of the WHO and UNICEF Declaration of Alma-Ata on primary health care, Almaty, Kazakhstan, 6–7 November 2013

7 Den kommunale helse- og omsorgstjenestens utvikling

Helse- og omsorgstjenesten, slik vi kjenner den i dag, er et resultat av komplekse prosesser gjennom mer enn 150 år der politiske beslutninger, den allmenne samfunnsutviklingen og helsefaglige faktorer har spilt sammen. Utviklingen av de kommunale tjenestene har fulgt et noe annet spor enn spesialisthelsetjenesten. Forenklet kan man si at de kommunale tjenestene er tydelig påvirket av trekk ved den allmenne samfunnsutviklingen og støttet av politiske vedtak, mens spesialisthelsetjenestens utvikling i større grad er preget av medisin og helsefag.

Det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeidet

Det allmenne grunnlaget for kommunenes ansvar og myndighet ble lagt gjennom formannskapslovene fra 1837 (Lov av 14. januar 1837 om formannskaper i kjøpstedene og lov av 14. januar 1837 om formannskaper på landet). Men allerede i 1831 ble det gjennom kongelige resolusjoner og instruksjer bestemt at det skulle opprettes provisoriske sunnhetskommisjoner (senere kalt helseråd) på lokalt nivå som beredskap mot kolera (Mykland 2010). Sunnhetskommisjonenes arbeid ble lovpålagt som kommunal oppgave, og de fikk et betydelig utvidet mandat gjennom sunnhetsloven av 1860 (Lov av 16. mai 1860 om sunnhetskommisjoner og om foranstaltninger i anledning av epidemiske og smittsomme sykdommer).

Opprinnelig var det en viss forskjell på de oppgavene som disse kommisjonene hadde i byene og i landkommunene (herredene). I herredene skulle kommisjonene: have deres Opmærksomhed henvendt paa, hvad der kan tjene til Sundhedstilstandens Fremme og Fjernelse af de Omstændigheder, som især befordre Udvikling af Sygelighed og Udbredelse af Sygdom (Storesund 2005). Oppgavene i byene var atskillig mer detaljerte og i stor grad samsvarende med de som kommunene i dag har etter folkehelseloven.

Da sunnhetsloven ble vedtatt hadde den et tydelig grupperett perspektiv. Etter hvert som man i siste halvdel av 1800-tallet fikk økt kunnskap om årsakene til smittsomme sykdommer,

fikk forebyggingsarbeidet også et tydeligere preg av tiltak rettet inn mot enkeltpersoner med sykdom eller økt sykdomsrisiko. Dette ses tydelig når det gjelder innsatsen for å bekjempe tuberkulose.

Kommunene har således hatt et ganske omfattende og kontinuerlig ansvar for lokalt helsefremmende og forebyggende arbeid i over 150 år. I mange år omfattet kommunenes ansvar på disse områdene også arbeid som i dag er overtatt av statlige myndigheter, som f.eks. Arbeidstilsynet og Mattilsynet. I tråd med datidens kunnskap, var forebyggingsarbeidet i begynnelsen konsentrert om beskyttelse mot skadelige faktorer. Dette perspektivet er ennå framtreddende, f.eks. i bestemmelsene om miljørettet helsevern i folkehelseloven.

Vår tids lovgivning legger imidlertid til grunn at det offentlige har et betydelig ansvar for å legge til rette for at innbyggerne ikke bare skal være vernet mot skadelige faktorer, men også ha fysiske og sosiale rammer som gir dem mulighet for utvikling og gode liv. Slik sett framstår det som både politisk og faglig fornuftig at kommunene, som lokal planmyndighet, fremdeles har et vesentlig ansvar for det helsefremmende arbeidet. Det tverrfaglige og tverretatlige perspektivet er også langt tydeligere i dag enn tidligere. Da var det legen og den medisinske fagkunnskapen som stilte alle premisser for dette arbeidet. Dette kom f.eks. til uttrykk ved at det var distriktslegen som var sunnhetskommisjonens (helserrådet) ordfører.

Ut over pliktene til å iverksette smitteverntiltak, hadde sunnhetsloven ingen krav til kommunene om å etablere systemer for ytelse av helsetjenester til befolkningen. Det skulle ennå gå over 100 år før det ble fart i diskusjonene om hvilket ansvar det lokale politiske nivået skulle ha for å skaffe hjelp til personer med behov for helsehjelp. Rett nok fikk man allerede i 1810 et reglement om jordmorvesenet, men ordningen med distriktsjordmødre var statlig administrert like fram til kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984. Fram til samme år var også distriktslegene statlig ansatt, til tross for at arbeidet deres alltid hadde nær tilknytning til kommunenes oppgaver.

Økonomisk og praktisk bistand ved behov for helse- og omsorgstjenester

Selv om kommunene ikke hadde plikt til å etablere egne helse- og omsorgstjenester, fikk byene allerede i 1845 og herredene i 1863 et betydelig ansvar for å sikre økonomisk og materiell støtte til fattige gjennom virksomheten til fattigkommisjonene (jf. diverse lover om fattigvesenet fra 1845, 1863 og 1900). Dette gav mange mennesker grunnlag for å søke helsehjelp i kritiske situasjoner når de selv eller familien ikke var i stand til å trå støttende til. Fattigkommisjonene sørget også for botilbud til dem som ikke maktet å skaffe dette selv.

Likevel var hovedprinsippet fra 1800-tallet til langt innpå 1900-tallet at det var den enkelte og dennes familie som selv måtte sørge for hjelp når det var behov for helse- og omsorgstjenester. Mot slutten av 1800-tallet oppstod det over hele Nord-Europa politiske strømninger som la grunnlaget for et sterkere offentlig engasjement for etablering av ulike velferdsordninger, ikke minst ulykkesforsikringer, pensjonsordninger og økonomisk støtte til helsehjelp. I Norge, som i de fleste andre land, bar disse preg av forsikringsordninger der lovgivningen og ulike avtaler i arbeidslivet la grunnlaget for omfanget av ytelsene.

I mellomkrigstiden meldte det seg et behov for å se de ulike ordningene mer i sammenheng og for å utvide dem. Dette arbeidet fikk en betydelig styrking etter andre verdenskrig. Fra 1956 ble den statlige syketrygden utvidet til å gjelde alle, og året etter falt behovsprøvingen av alderstrygden bort. Utviklingen i Norden og Storbritannia skilte seg da noe fra landene lenger sør. Hos oss ble staten og kommunesektoren pålagt oppgaver for både finansiering og drift av velferdsordningene i langt større grad enn ellers i Europa, der man fortsatte utviklingen basert på et samspill mellom obligatoriske, ofte lovregulerte, forsikringsordninger og private tjenesteytere av ideell eller kommersiell art.

Sosialomsorgsloven som trådte i kraft i 1964 og folketrygdloven som fikk virkning fra 1967, representerte på mange måter et oppgjør med et veldedighetspreget omsorgssystem. Det ble starten på den rettighetsbaserte lovgivningen vi kjenner i dag (lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg (sosialomsorgsloven)) og lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd (folketrygdloven). Folketrygdloven la det økonomiske ansvaret for finansieringen av de fleste helsetjenestene på staten, mens sosialomsorgsloven sikret et økonomisk grunnlag for dem som falt utenfor andre

ytelser og gav grunnlaget for en faglig oppgradering av det sosiale arbeidet i kommunene. Sosialomsorgsloven ble fra 1992 erstattet av sosialtjenesteloven som skjerpet kravene til kommunenes sosialfaglige arbeid.

I dag er de økonomiske virkemidlene regulert av lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. De omsorgstiltakene som tidligere var hjemlet i sosialtjenesteloven, er nå for en stor del hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Ideene fra lovreformen på 1960-tallet om en helhetlig sosialtjeneste der økonomiske og sosialfaglige virkemidler er koplet sammen, er i dag erstattet av en noe mer pragmatisk lovgivning der de kommunale og statlige, økonomisk pregede virkemidlene blir forvaltet gjennom NAV. Helse- og omsorgstjenester, inkludert tiltak for rusmiddelmissbrukere, er regulert av helse- og omsorgstjenesteloven og forvaltes av kommunene.

De kommunale tilbudene innenfor helse- og omsorgstjenester

Selv om kommunene inntil midten av 1970-tallet ikke hadde lovpålagte forpliktelser til å etablere helse- og omsorgstjenester, finnes det mange eksempler på at både store og små kommuner drev slike. Et typisk eksempel på dette var at kommunene på egen hånd eller i samarbeid med frivillige organisasjoner hadde en rekke aldershjem. Noen kommuner drev også egne sykehus alene eller sammen med andre kommuner. Slike tilbud ble dels finansiert av refusjoner fra staten (f.eks. folketrygden), dels gjennom egenbetaling fra pasientene og dels ved kommunale tilskudd.

Hjelpetilbudet til syke som bodde hjemme, ble enten ivaretatt av familien eller ved hjelp av sykepleiere eller andre som var ansatt av frivillige organisasjoner i lokalsamfunnet. Norske kvinners sanitetsforening, Nasjonalforeningen for folkehelsen og en rekke diakonale virksomheter stod sentralt i dette arbeidet. Til en viss grad ble slike tiltak støttet økonomisk av kommunene.

Allerede på 1950-tallet ble det klart at dette var sårbare løsninger som i det lange løp ikke gav tilfredsstillende hjelp til alle dem som trengte det. Sosialdepartementet oppnevnte i 1953 en komité som bl.a. skulle utrede spørsmål knyttet til boligforholdene og omsorgstilbudet til gamle. Denne komitéen, som avla sin rapport i 1955, påpekte at man hadde behov for en ny type institusjoner. Den foreslo betegnelsen sykehjem for den type institusjoner som tar seg av pasienter som ikke bare

trenger pleie, men også har behov for mer aktive tiltak som øvelsesbehandling og arbeidsterapi (Ot.prp. nr. 36 (1967–68)). Det er interessant å legge merke til at man allerede da hadde sett at det var behov for et tjenestetilbud med sterkt helsefaglig preg mellom de mer spesialiserte sykehusene og botilbudet i eget hjem eller institusjon.

Det var likevel først gjennom vedtaket om lov om sykehus i 1969 at sykehjemmene fikk sin plassering fastsatt. De første årene var disse organisatorisk tett knyttet til spesialisthelsetjenesten ved at de, slik som sykehusene, var finansiert av fylkeskommunene. Faglig sett ble de nok aldri så preget av aktiv behandling og rehabilitering som opprinnelig tiltenkt.

I 1988 ble ansvaret for sykehjemmene overført til kommunene. Det ble etter hvert ganske tydelig at sykehjemmene faglig sett stod nærmere arbeidet i hjemmesykepleien enn tjenestene som ble ytt av sykehusene. Den offensive faglige holdningen som lå bak etableringen av sykehjemmene for over 40 år siden, kan sies å komme fram igjen gjennom etableringen av et heldøgns, øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene i vår tid.

Allerede i 1959 ga Departementet for familie- og forbrukersaker de første retningslinjene for drift av husmorvikarordninger og hjemmesykepleie (Braut 2005). Med grunnlag i disse faglige kravene gav staten tilskudd til de kommunene som på frivillig grunnlag etablerte eller støttet slike ordninger. Men det var først midt på 1970-tallet at hjemmesykepleieordningen ble gjort til et kommunalt ansvar. I stortingsdebatten om lovfestingen av denne ordningen ble det presisert at hjemmesykepleien måtte bygge på et tydelig sykepleiefaglig grunnlag (se f.eks. Stortingstidende 5. mars 1974).

Ønsket om å ha en kontinuerlig tiltakskjede fra de lokale tjenestene til de høyt spesialiserte tilbudene kommer tydelig fram både i stortingsmeldingen om helsetjenesten utenfor sykehus og i stortingsmeldingen om sykehusutbyggingen i et regionalisert helsevesen (St.meld. nr. 85 (1970–71) og St.meld. nr. 9 (1974–75)). Disse to meldingene er på mange måter de historiske forløperne til dagens samhandlingsreform. Særlig St.meld. nr. 9 (1974–75) la stor vekt på at tjenestetilbudene skulle gis på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), altså på det nivået nærmest pasienten som kunne gi et forsvarlig tilbud.

Kommunehelsetjenestens koordinerende rolle blir også påpekt: Distriktshelsetjenesten bør i størst mulig utstrekning beholde det primære ansvar for pasienten gjennom alle behandlingsfaser, mens spesialinstitusjonene bør ha et sekun-

dært spesialistansvar (St.meld. nr. 9 (1974–75)). Videre blir spesialisthelsetjenestens bistands- og rådgivningsansvar allerede da presisert. Det er også verdt å merke seg at behovet for tverrfaglig arbeid innenfor helsetjenesten og mellom helse-tjenesten og andre sektorer blir trukket fram som en nødvendig forutsetning.

Kommunens sentrale rolle i det samlede helsearbeidet ble bekreftet av Nyhusutvalgets arbeid i 1979 (NOU 1979: 28). I etterkant av dette arbeidet ble det først presentert et forslag om en samlet sosial- og helsetjenestelov, men dette oppnådde ikke tilstrekkelig politisk støtte. Etter hvert ble det dog enighet om en kommunehelsetjenestelov som samlet all primærhelsetjeneste under det kommunale ansvaret. Tannhelsetjenesten ble gjennom lov om tannhelsetjenesten lagt under fylkeskommunen.

Allmennlegetjenesten ble formelt sett også et kommunalt ansvar i 1984. Det ble opp til den enkelte kommune å bestemme om den ville satse på fastlønnede leger, eller leger med driftsavtale med kommunen. Kommunene fikk et lovpålagt ansvar for døgnkontinuerlige legevaksordninger. I den grad slike hadde eksistert tidligere, hadde de dels vært drevet av legene selv som kollegiale ordninger, dels organisert av kommunene på frivillig grunnlag.

Kommunehelsetjenesteloven dannet også et samlet lovgrunnlag for primærhelsetjenester som før hadde hatt en særlig lovforankring eller vært uklart forankret, f. eks. helsestasjons- og skolehelsetjeneste og annen helsesøstervirksomhet, samt fysioterapitjenester. Etter hvert ble også jordmortjenester omfattet av denne loven. Mulighetene for leger og fysioterapeuter til fortsatt å drive privat praksis med oppgjør gjennom folketrygden ble videreført, rett nok under forutsetning av at man hadde driftsavtale med kommunen.

På 1970- og 1980-tallet ble det både i media og i faglige miljøer økt oppmerksomhet omkring forholdene for mennesker med utviklingshemming som bodde i institusjon. De tiltakene som for en stor del var blitt etablert under Helsevernet for psykisk utviklingshemmede rett etter Den andre verdenskrigen, var på ingen som helst måte tilfredsstillende lenger. Lossiusutvalget påviste uakseptable forhold, særlig ved sentralinstitusjonene, i så stort omfang at endringer var påtrengende nødvendig (NOU 1985: 34 og St.meld. nr. 67 (1986–87)). Stortinget vedtok i 1990 at omsorgsansvaret for utviklingshemmede skulle overføres til kommunene, og sentralinstitusjonene ble gradvis avvirket. Dette var på mange måter startsignalet for en kraftig utvikling i retning av hjemmeba-

serte omsorgs- og behandlingstiltak ikke bare for utviklingshemmede, men også for andre med ulike former for fysiske og psykiske funksjonshemninger. I dag er de kommunale omsorgstjenestene langt mer enn «eldreomsorg». I stor grad handler det nå også om både omsorgstiltak og dels også ganske omfattende medisinsk behandling av syke og funksjonshemmede i alle aldersgrupper i eget hjem.

Ved århundreskiftet var det en kraftig debatt om rusmiddelmissbrukeres helseproblemer. Den spesialiserte rusbehandlingen ble da overført fra sosialtjenesten til spesialisthelsetjenesten og ansvaret tillagt de regionale helseforetakene i 2003. Rusmiddelmissbrukernes tidligere klientstatus ble da endret til pasientstatus, med tilhørende individuelle rettigheter. Denne reformen har utvilsomt ført til et bedre helsetjenestetilbud for rusmiddelmissbrukere. Behandlingskapasiteten har også økt betydelig. Men det er også blitt stilt spørsmål ved om endringene har medført en økt medikalisering av rusbehandlingen, og om dette isolert sett har vært faglig fornuftig.

Med Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50 (1996–97)) ble halvparten av norske sykehjem skiftet ut eller modernisert, og det ble bygd et stort antall omsorgsboliger og sykehjemsplasser, mens flersengsrom og aldershjem ble faset ut. Samtidig ble sektoren tilført over 12 000 nye årsverk i løpet av en fireårsperiode. Omsorgsplan 2015 videreførte dette arbeidet, samtidig med et Kompetanseløft og en Demensplan som har satt sitt tydelige preg på utformingen av det fremtidige tjenestetilbudet. Hovedtrekkene i utviklingen de to siste tiårene er beskrevet slik i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg:

- Fra eldreomsorg til omsorg for alle. Omsorgstjenestene dekker nå hele livsløpet.
- Det er tallet på yngre tjenestemottakere som har vokst.
- Omsorgssektoren har vokst fra 20 000 til 130 000 årsverk på 40 år.
- Hjemmetjenestene har nå flere årsverk enn sykehjemmene.
- Utviklingen har gått fra aldershjem til sykehjem og omsorgsboliger, og fra hjemmehjelp og husmorvikar til hjemmesykepleie.

Hjemmetjenestemottakerne under 67 år er tredoblet i løpet av vel 20 år. Denne utviklingen startet med reformen for mennesker med utviklingshemming i 1991, og fortsatte med opptrappingsplan for psykisk helse og til sist samhandlingsreformen. Helsemessig består de yngre hjemmetje-

nestemottakerne nå av to større og to mindre grupper (Romøren 2007). Den største gruppen er mennesker med ulike somatiske lidelser, der nevrologiske tiltander som MS, Parkinson, hjerne- slag, hodeskader mv dominerer. Psykiske lidelser er den andre store gruppen. De to mindre gruppene er mennesker med utviklingshemming og personer med rusproblemer. Dette har i stor grad skapt de nye omsorgstjenestene, og vært drivende for utbyggingen av omsorgsboliger og hjemmetjenestetilbud med en rekke ulike faggrupper, samt brukerstyrt personlig assistanse. Svært mye av de nye ressursene som er tilført tjenestene er også brukt til å møte disse nye utfordringene.

Etter fastlegereformen i 2001 har allmennlegene fått et tydeligere forhold både til pasientene på egen liste og til kommunene. Det er likevel svært varierende i hvor stor grad de ser på seg selv som ytere av kommunale tjenester. Likeledes er det også ganske varierende i hvor stor grad kommunene betrakter fastlegene som viktige innsatsfaktorer i den kommunale tjenesteytelsen. De målene som bl.a. Nyhusutvalget skisserte rundt 1980 om å få til en sterk, tverrfaglig basert og samordnet kommunal sosial- og helsetjeneste, kan knapt sies å være oppfylt når det gjelder allmennlegenes deltakelse.

Innenfor de relativt vide rammene som lovgivningen gir, har kommunene både etter den gjeldende helse- og omsorgstjenesteloven og den tidligere kommunehelsetjenesteloven stor frihet til å organisere og utvikle sine egne tjenestetilbud. Dette er i samsvar med de signaler som er gitt av lovgivende myndigheter de siste 30–40 årene. Likevel kan det hevdes at det de siste 20 årene har vært en økt oppmerksomhet, ikke minst blant pasienter og pårørende og i media, omkring behovene for nasjonal likhet (Heløe 2013). Dagens lovgivning gir hjemmel til overordnede statlige myndigheter til bl.a. å fastsette nasjonale retningslinjer og veiledere for de kommunale tjenestene (§ 12-5 i helse- og omsorgstjenesteloven). Selv om dette ikke nødvendigvis er bindende krav, er det utvilsomt virkemidler som kan benyttes for å beskrive nivået for de forventningene som befolkningen med rimelighet kan ha til de kommunale tjenestene.

Fremdeles de samme utfordringene og sterk tro på de samme løsningene?

Nødvendigheten av tverrfaglig og tverretatlig innsats over flere forvaltningsnivåer for å sikre forsvarlige tjenester med grunnlag i fornuftig res-

sursbruk har således vært erkjent og trukket fram i ulike forvaltningsdokumenter i over 40 år. Dette kommer ikke minst sterkt fram i utredningen fra 2004 fra Berntutvalget (NOU 2004: 18). Likevel er det mye som tyder på at man ikke har lyktes i å få dette helt til. Fra forskningshold er det påpekt at styringen av helse- og omsorgstjenestene i Norge er delt mellom ulike forvaltningsnivåer med sprikende styringsregimer (Heløe 2013). Noe av forklaringen på behovet for stadige justeringer finnes der.

Like fullt er det viktig å merke seg at de problemene vi identifiserer i Norge har mange likhetstrekk med de utfordringene som man finner ellers i Europa, uansett organisering av tjenestetilbudet. Dette tilsier at det ikke bare er endringer i lovgivningen og den overordnede organiseringen som må til for å forandre tjenestetilbudet i takt med endrede behov.

Hjemmesykepleien som ble utviklet til en kommunal tjeneste midt på 1970-tallet kan tjene som et eksempel på det. I St.meld. nr. 9 (1974–75) ble det antatt at behovet for hjemmesykepleie som hovedregel ville være 1 pleier per 1500 innbyggere. Dagens situasjon viser noe ganske annet, både på grunn av økte behov og forventninger blant eldre, og på grunn av at hjemmetjenestene i dag ikke bare er omsorgstjenester til eldre. Ordningen ble lovfestet uten krav til minimumsbemanning. Dette har gjort at ordningen har vært i stand til å utvikle seg etter hvert som behovene har blitt endret.

Både kommunene og helseforetakene (spesialisthelsetjenesten) har i følge lovgivningen stor frihet til selv å velge egen organisering. Formålet med dette har vært å sikre at kommunene selv kan utforme tjenestene slik at de passer best med de lokale behovene. Det kan stilles spørsmål ved om dette har virket etter sin hensikt fordi det gjennom flere tiår stadig er blitt påvist at innholdet i tjenestetilbudet mange steder er utformet slik at det ikke tilfredsstillende lovgivningens krav til ansvarlighet og kvalitet (jf. f.eks. tilsynsrapporter fra fylkesmennene og Statens helsetilsyn). Forskjellene i tjenestetilbudet mellom ulike kommuner kan slett ikke alltid forklares med variasjoner i ressurstilgangen, og man må da kunne stille spørsmål ved om den valgte organiseringen og ledelsen av tjenestene kan være viktige forklaringer på variasjonene i tjenesteytingen.

Kommunene har hatt stadige endringer i organiseringen, men en påfallende stor stabilitet i arbeidsmetodene. Spesialisthelsetjenesten har i det alt vesentlige fremdeles en spesialitetsorientert organisering, til tross for at det i løpet av ganske få tiår har vært en enorm endring i arbeidsmetodene.

Med de store utfordringene som helse- og omsorgstjenesten står overfor i årene som kommer, er det grunn til å peke på at erfaringene beskrevet ovenfor tyder på at endringer i lovgivningen, tydelige politiske mål med samsvarende faglige krav er viktig for å oppnå nødvendige og ønskede endringer i tjenesteytingen. Utviklingen av hjemmesykepleien i nyere tid og fattigvesenet i tidligere tider er eksempel som viser dette.

Utviklingen mot pasient- og brukerrettigheter

Helsetjenesten var tidligere bygd på en behandlingsmodell, og samfunnet har satset store ressurser på oppbyggingen av en offentlig helsetjeneste. Leger og annet helsepersonell fikk kompetanse til å bestemme hvordan helsetjenestene skulle fordeles og utformes, mens borgerne ikke hadde individuelle lovfestede rettigheter overfor helsetjenesten. På dette området skjedde det en endring på slutten av forrige århundre. Professor dr. juris Asbjørn Kjønstad kalte 1980-årene for «pasientrettighetenes blomstringstid». Høyesterett spilte en viktig rolle i rettsutviklingen av pasient- og brukerrettighetene. I Rt. 1977 s. 1035 ble en pasient gitt rett til innsyn i egen sykejournal; dermed fikk pasientene tilgang til det store lukkede systemet som helsevesenet hadde utgjort. Etter Kjønstads mening er pasientområdet blant de rettsområdene hvor domstolene har hatt størst betydning for rettsutviklingen etter andre verdenskrig, jf. Helseprioriteringer og pasientrettigheter, Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse (red.) (1992). Ved årtusenskiftet ble det vedtatt syv meget viktige helselover i løpet av to år (1999 og 2001). Det var lovene om spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern, pasientrettigheter, helsepersonell, helseregistre, pasientskadeerstatning og helseforetak. Det har således skjedd en omfattende rettsliggjøring av helsesektoren, og med etablering av en rekke viktige pasient- og brukerrettigheter som det sentrale kjennetegnet ved rettsutviklingen.

8 Samhandlingsreformen

Det var og er bred politisk enighet om utfordringsbildet som ligger til grunn for samhandlingsreformen. Mer konkret pekes det på tre hovedutfordringer:

- Pasienter og brukeres behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok. Tvert i mot opplever brukerne tjenestene som fragmenterte og usammenhengende. I særlig grad gjelder dette brukere med behov for tverrfaglige og sammensatte tjenester fra flere nivåer.
- Tjenestene preges av at de tradisjonelt har hatt stort fokus på behandling av sykdommer og i mindre grad satset på forebyggende arbeid og tidlig intervensjon for å forebygge sykdomsutvikling.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Virkemidlene i samhandlingsreformen har derfor hatt som mål å bidra til en mer helhetlig tjeneste, økt fokus på forebygging, og at mer skal gjøres i kommunene når dette gir bedre kvalitet og kostnadseffektitet.

For å sikre helhetlige og koordinerte tjenester er kommuner og sykehus gjennom lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtalene er et sentralt verktøy for å bidra til at tjenestene blir mer samordnet, mer likeverdighet mellom partene og til utvikling av en samhandlingskultur. Avtalene skal konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom avtalepartene, etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder som f.eks. innleggelse og utskrivning, beredskap og prehospitale akuttmedisinske tjenester. Samarbeidsavtalene pekes på av mange som et av de viktigste virkemidlene for å realisere målene i samhandlingsreformen. Et viktig suksesskriterie er at avtalene ikke oppleves for omfattende og detaljerte, men likevel tilstrekkelig konkrete. Samarbeidsavtalene kom på plass innen gitte tidsfrister og stort sett gjennom gode prosesser, men det er fortsatt et betydelig arbeid som gjenstår før avtalene er implementert helt ned på det utøvende nivået i virksomhetene.

En utfordring som ble pekt på i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen, er at mange pasienter er blitt definert som utskrivningsklare, men har blitt liggende i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt tilbud. Dette til tross for at kommunene har hatt en plikt til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Med samhandlingsreformen fikk kommunene en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Ordningen skal fungere som et insitament for å bygge opp kommunale tilbud slik at kommunene kan ta i mot pasienter som er utskrivningsklare. Kommunene fikk overført 560 mill. kroner i 2012, som skulle svare til kostnadene for de utskrivningsklare pasientene.

Det ble i 2012 innført kommunal medfinansiering av utgifter til spesialisthelsetjenesten for pasienter med somatiske sykdommer. I regjeringserklæringen står det at man skal følge opp enigheten mellom partiene under Stortingets behandling av samhandlingsreformen, herunder reversere kommunal medfinansiering. Kommunal medfinansiering ble derfor avviklet 1. januar 2015.

Kommunenes nye plikt til å ha et øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal tre i kraft i 2016, men er innen somatikk gradvis innfaset fra 2012. Plikten vil også omfatte brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, men først fra 2017 for å gi kommunene tid til å etablere nødvendige tilbud. Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelse i sykehus når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut i fra en medisinsk faglig vurdering. Se kapittel 22 for mer detaljert omtale av innføring av kommunal plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold til brukere med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer.

Departementet har i regi av Norges forskningsråd igangsatt en forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen som dekker første del av implementeringsfasen for reformen (2012–2015). Tre større tverrfaglige evalueringssjekter ble startet opp i 2012, og ytterligere tre prosjekter ble igangsatt i 2013. Evalueringen omfatter prosjekter om pasientforløp og samarbeidet mellom den kommunale helse- og

omsorgstjenesten og helseforetakene, styringsvirkemidler og kommunale innovasjoner, effekter på helse, helsetjenester og samfunnsøkonomi, konsekvenser for eldre og deres pårørende, kommunenes arbeid med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, samt informasjonsutveksling og IKT-løsninger. De første endelige resultatene av prosjektene vil foreligge våren 2015. Det skal arrangeres en konferanse i september 2015 der de endelige resultatene fremlegges. Det skal utarbeides en samlet evalueringsrapport etter at alle prosjektene er ferdigstilt ved utgangen av 2015 (Norges forskningsråd 2014).

Status

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utgir Helsedirektoratet årlig en samhandlingsstatistikkrapport. Rapporten fra januar 2015 viser at utviklingen er i tråd med reformens intensjoner. Tre år etter at reformen startet, ser vi at det har vært en noe sterkere ressursvekst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Årsverkstallene viser en dreining mot høyere kvalifisert personell i de kommunale tjenestene. Veksten er sterkest for sykepleiere med spesialisering, en økning fra 12 til 17 pst. Antallet leger i primærhelsetjenesten har økt med 7,4 pst. Utviklingen i kostnader og årsverk følger imidlertid samme utviklingstakt og retning som i årene før reformen startet. For aktivitetsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det imidlertid et tydelig skifte fra 2012 i retning av økt antall mottakere av korttidsopphold og hjemmetjenester. Tallet på liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er kraftig redusert.

Det har vært påpekt at reformen har ført til mer oppstykkede pasientforløp, noe som er særlig uheldig for eldre, skrøpelige pasienter (Grimsmo 2013). Pasientene som skrives ut til kommunale tjenester oppfattes som sykere, og det er en viss økning i antallet reinnleggelser. Dette kan skyldes at noen pasienter skrives ut for tidlig, at den helse-

faglige kompetansen i kommunene ikke er tilstrekkelig og/eller at oppfølgingen ved utskriving ikke er god nok.

Samarbeidet mellom kommuner og sykehus om helhetlige og gode behandlingsforløp og kompetanseutveksling er en vesentlig faktor for å lykkes med samhandlingsreformen. I tillegg til de obligatoriske samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket, er spesialisthelsetjenestens lovpålagte veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene et viktig virkemiddel.

Fokus i samhandlingsreformen har i stor grad handlet om samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, og i mindre grad om manglende helhet og tverrfaglighet innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (De Maeseneer m.fl. 2008). Som følge av reformen skal flere behandles nær der de bor. Dette krever økt kompetanse og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Økte utfordringer knytter seg særlig til brukere med sammensatte behov og tjenester innen psykisk helse, rus og rehabilitering. Denne meldingen omtaler utviklingsbehovene innenfor disse områdene særskilt.

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen ble det påpekt at fastlegene spiller en nøkkelrolle for å nå reformens målsettinger, men at de er for dårlig integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene, og at kommunene mangler styringsmuligheter. For å møte disse og andre utfordringer ble fastlegeforskriften revidert i 2013. I revidert forskrift, som trådte i kraft 1. januar 2013, stilles tydeligere krav både til fastlegene og kommunene. Bl.a. stilles nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegenes virksomhet.

Helsedirektoratet har gjennomført en evaluering av effekten av forskriften. Konklusjonen er at forskriften har virket i for kort tid til å trekke sikre konklusjoner. Men det foreløpige bildet kan tyde på at både kommuner og fastleger fortsetter som før.

Boks 8.1 Dagens fastlegeordning

Fastlegeordningen, innført i 2001, innebar opprettelse av et listesystem med plassering av ansvar for enkeltinnbyggere hos en bestemt lege. Fastlegeordningen er regulert på fire nivåer: helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift om fastlegeordning i kommunene, sentralt avtaleverk mellom staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen og individuelle avtaler mellom kommunen og den enkelte fastlege.

Kommunen har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder fastlegeordning. Det innebærer bl.a. å sikre tilstrekkelige legeressurser gjennom inngåelse av individuelle fastlegeavtaler og å følge opp disse avtalene i samarbeid med legene. Kommunen kan også ansette leger med fastlegeavtale på fast lønn.

Fastlegen har ansvar for alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen. Fastlegen skal prioritere innbyggere på listen framfor andre, bortsett fra ved øyeblikkelig hjelp.

Innbyggernes rettigheter i fastlegeordningen innebærer en rett til å stå på liste hos en fastlege og rett til å bytte fastlege inntil to ganger per kalenderår, forutsatt at det er ledig kapasitet på den listen man ønsker å bytte til. I tillegg kommer rett til ny vurdering hos annen fastlege, forutsatt samtykke til at journalnotat sendes egen fastlege.

Om lag 95 pst. av fastlegene er selvstendig næringsdrivende. Deres inntekt er basert på tre kilder: et basistilskudd (per capitatilskudd) fra kommunen for hver innbygger på listen, trygde- refusjoner fra staten/Helfo og egenandeler fra pasientene.

De allmennlegeoppgavene som ikke inngår i listeansvaret, dvs. medisinsk legearbeid utført i sykehjem, helsestasjon og ved andre kommunale institusjoner (inkl. fengsel) må kommunene avtale individuelt med fastlegene. De kan pålegges inntil 7,5 timer annet allmennlegearbeid. Dette utføres oftest som ansatt i deltidstilting og finansieres i sin helhet av kommunen.

De fleste fastlegene arbeider i dag i kontorfellesskap eller praksisfellesskap med andre fastleger. I følge data fremskaffet i 2011 antas at om lag 10 pst. av fastlegene arbeider i solopraksis og resten i grupper med to eller flere leger. Det vanligste er at 2–5 fastleger arbeider sammen, men med hver sin liste. Det er åpnet i regelverket for felleslister innen en praksis. Før innføringen av fastlegeordningen i 2001 arbeidet 18 pst. av allmennlegene i solopraksis. Det finnes ingen oversikt over hvilke andre typer personell som er ansatt i fastlegepraksis, men det antas at helsesekretær er den dominerende yrkesgruppen.

9 Hva skjer i andre land?

Mange land iverksetter tiltak for å etablere mer integrerte, koordinerte og tverrfaglige primærhelsetjenester, helhetlige pasientforløp, tettere og mer kompetent oppfølging av brukere med kroniske og sammensatte sykdommer, samt tiltak for å utnytte personell og kompetanse i tjenesten på en ny og bedre måte. Et overordnet mål er å bedre kvaliteten og samtidig unngå unødvendige sykehusinnleggelseser. I tillegg er det mye oppmerksomhet rundt en endret pasient- og brukerrolle.

Pasient- og brukerrollen

Over tid har det vært en utvikling fra en paternalistisk helsetjeneste, som forteller pasientene hvilken behandling de skal få, til et mer likeverdig forhold mellom bruker og behandler, også med mer innflytelse for brukere på utforming av tjenestene på systemnivå. Dette må ses i sammenheng med bl.a. generell demokratisering i samfunnet, økt utdanningsnivå i befolkningen, mer og bedre tilgjengelig informasjon for brukere, og mer åpenhet og diskusjon omkring kvalitet i tjenestene. Når personer lever med en sykdom gjennom mange år, er det viktig at deres mål for eget liv ligger til grunn for behandling og oppfølging. Beslutninger må derfor tas i samråd med brukeren. Behandlerne blir da rådgiver og tilretteleggere, og må endre sin kommunikasjon med brukerne. For at brukerne skal kunne ta en slik rolle og et større ansvar, må de settes istand til dette ved å få tilstrekkelig informasjon og opplæring.

Fra individ til populasjon – fra reaktiv til proaktiv

Målene for helse- og omsorgstjenestene er i endring. Økte utgifter til helse- og omsorgstjenester generelt og spesialiserte tjenester spesielt, gjør at mange land har som mål å redusere kostandsveksten ved å styrke primærhelsetjenestene. Ved å bygge ut tilbudet og jobbe annerledes skal flere skal få dekket sine behov på et lavere nivå. Sentralt i en slik målendring er at man skal jobbe proaktivt ut fra et populasjonsansvar og ikke bare svare på etterspørsel fra enkeltindivider. Det innebærer å ha oversikt over behov i den populasjonen

man har ansvar for, tilby forebyggende tjenester og oppfølging til personer som underforbruker tjenester, samt lage oppfølgingsplaner i samråd med pasienten basert på faglige retningslinjer.

Primærhelseteam og Patient Centered Medical Homes

I mange land har det i en årrekke vært arbeidet med å etablere primærhelseteam som utgår fra allmennlegepraksisen. Mens legene tidligere jobbet alene, først i solopraksiser, senere i gruppepraksiser, innebærer primærhelseteamene at legene jobber sammen med annet helsepersonell for å levere sine tjenester. Kjerneteamet består av lege og sykepleier, men kan være et større tverrfaglig team (WHO b) Regional Office for Europa). Teamene leverer de primærhelsetjenester befolkningen de har ansvar for, har behov for. Kjenne-tegn ved gode primærhelsetjenester er at de er førstelinje, tilgjengelige, kontinuerlige, dekker alle typer tjenester og er koordinerte.

Etablering av primærhelseteam følges ofte av nye arbeidsmåter og ny arbeidsdeling. I USA er denne utviklingen gjort systematisk, og man snakker om etablering av Patient Centered Medical Homes (PCMH), (U.S. Department of Health and Human Services 2014). Disse hviler på fem pillarer: 1) en pasientsentrert tilnærming, 2) en omfattende og teambasert tjeneste som ivaretar både fysiske og psykiske behov og yter helsefremmende og forebyggende tilbud i tillegg til akuttjenester og oppfølging av kronisk sykdom, 3) koordinerte tjenester som dekker både de ulike nivåer og typer helsetjenester, men også sosiale og andre tjenester/ressurser i lokalsamfunnet, 4) lavterskel/god tilgjengelighet både i form av åpningstider og kontakt elektronisk og per telefon, og 5) en systematisk tilnærming til kvalitet og pasientsikkerhet. Det vektlegges at etableringen av PCMH må understøttes av informasjonsteknologi og reformer i finansieringsordninger.

Tverrfaglige team for særlige brukergrupper

Noe som får mye internasjonal oppmerksomhet, er nye måter å organisere tjenestene til personer

med store og sammensatte behov. Dette er brukere som ofte opplever lav kvalitet som følge av svikt i koordinering og oppfølging. En tilnærming som prøves ut i ulike former, er etablering av team. Slike team, ofte ledet av sykepleiere, får ansvar for å koordinere alle tjenestene personen trenger og å yte deler av tjenestene, avhengig av teamets sammensetning. Det tas utgangspunkt i brukerens individuelle mål og behov og lages en skreddersydd oppfølging. Sammensetningen og den organisatoriske forankringen av teamene kan variere, både ut fra hvordan helse- og omsorgstjenestene lokalt er organisert, og ut fra hvilke brukergrupper teamet har ansvar for.

Hospital at home

Modellen der sykehustjenester leveres i pasientens hjem er utviklet siden midt på 1990-tallet. Opprinnelig var dette en modell for å levere sykehustjenester til akutt syke eldre i deres eget hjem (Leff m.fl. 1999). Modellen er senere utviklet slik at pasienter med vanlige tilstander som ellers ville påkrevd sykehusinnleggelse, i stedet for å innlegges i sykehus kan motta behandling i hjemmet. Oppfølging skjer fra primærhelsetjenesten. Det benyttes behandlingsprotokoller og telemedisinske tjenester (Se f.eks.: http://clinicallyhome.com/about_us.html).

Ny arbeidsdeling

Flere land har etablert nye og utvidede roller for sykepleiere og andre personellgrupper. Family nurses/nurse practitioners (NP) brukes til mange av oppgavene fastlegene i Norge utfører. I tillegg bidrar de til at det ytes tjenester som i dag mangler i kommunene. De gjennomfører forebyggende konsultasjoner, koordinerer oppfølging av pasienter med sammensatte behov, påser at protokoller følges i oppfølging av brukere med kronisk sykdom og driver (gruppebasert) pasientopplæring. USA er det land som i lengst tid har brukt sykepleiere i slike roller. Der har NP rett til selvstendig praksis på linje med legene. Evalueringer

viser at sykepleierne leverer tjenester med like høy kvalitet som legene og ofte høyere pasienttilfredshet. Flere OECD-land, f.eks. Frankrike og Slovenia, yter nå statlige tilskudd for å stimulere ansettelse av sykepleiere ved private og offentlige lege-/helsesentra.

Finansiering – verdi-/resultatbasert finansiering og risikodeling

Mange land endrer finansieringsformer. De fleste går bort fra aktivitetsbasert stykkpris. Nye modeller som etableres er rammefinansiering, ofte i form av risikojustert per capita-tilskudd. En fast ramme kombineres ofte med at en viss andel av finansieringen gjøres avhengig av dokumenterte resultater. I tillegg brukes «bundled payment», dvs. at tjenesteytere på primærnivået får ansvar for å finansiere alle tjenester/ hele forløp til enkelte pasientgrupper, f.eks. diabetespasienter eller bredere grupper av pasienter. Formålet er å skyve den økonomiske risikoen lengre ut i behandlingkjeden. Det gir økonomisk insentiv til å utvikle gode og kostnadseffektive tjenester tidlig, og derigjennom redusere behovet for og bruken av mer spesialiserte tjenester.

IKT, data og indikatorer

Utvikling av elektroniske verktøy for kommunikasjon og pasientjournalssystemer står sentralt både for å bedre tilgjengeligheten (timebestilling, e-konsultasjon osv.), bedre og sikrere informasjonsutveksling mellom aktører og dermed koordinering av tjenester, og for å gjøre tjenesten mer brukerstyrt. Etablering av kvalitets- og helseregistre for kvalitetsarbeid lokalt, offentliggjøring av kvalitetsmål, forskning, tjenesteutvikling og styring forutsetter også standardiserte elektroniske pasientjournaler (EPJ), slik at data kan hentes ut automatisk. I tillegg er det en forutsetning for å etablere en kunnskapsbasert praksis at elektronisk beslutningsstøtte er tilgjengelig for helsepersonell og ledere.

10 Norge sammenliknet med andre land

Norge har generelt gode helse- og omsorgstjenester sett i forhold til andre land. Universell tilgjengelighet og gjennomgående høy kvalitet vil nok de fleste trekke frem som positive egenskaper, hvis de ble spurt. Spør man brukerne får man også generelt gode resultater, både i spesialist- og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 86 pst. av pasientene som var innlagt på sykehus svarte at de i stor eller svært stor grad var tilfreds med pleie og behandling på sykehuset (Skudal og Holmboe 2012). Spesielt fastlegene scorer godt i den årlige innbyggerundersøkelsen.

Det er gjennom robuste målinger, og helst sammenlikninger med andre land, at man kan få et riktig bilde av helsetjenestens kvalitet og ytelse. For den kommunale helse- og omsorgstjenesten er utfordringen at vi generelt mangler gode data. De fleste internasjonale undersøkelser gjøres derfor på spesialisthelsetjenesten, men det er enkelte unntak. Nedenfor refereres funn fra to sentrale kilder til informasjon om hvordan norsk helsetjeneste måler seg med andre vestlige land. Det er de årlige Commonwealth Fund-undersøkelsene, som er basert på data fra årlige surveyer, og OECDs kontinuerlige arbeid basert på data som rapporteres til OECD. I 2014 fikk Norge i tillegg rapporten Norway 2014 – Raising standards. Undersøkelsen inngår i OECD sine særlige Quality Reviews, som er gjennomført i flere land. I hver av rapportene inngår et generelt kapittel om kvalitet og deretter tre kapitler der landene har valgt tema i dialog med OECD. Rapporten om Norge har, i tillegg til kvalitet, temaene primærhelsetjenesten, mental helse og utfordringene knyttet til samhandling og integrasjon, både mellom tjenestenivåene og blant de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Commonwealth Fund-undersøkelsene er brede i tematikken og inkluderer viktige områder som pasientsikkerhet, brukererfaringer, tilgjengelighet og samhandling. I undersøkelsene vurderes helsesystemet som helhet, samt viktige enkelttjenester som sykehus, spesialister og allmennleger. Populasjonen som inngår i undersøkelsene varierer mellom årene etter et fast system (befolkningen, allmennleger, pasientgrupper med kronisk

sykdom), noe som sikrer en helhetlig og kontinuerlig evaluering av norsk helsesystem og spesifikke helsetjenester.

Undersøkelsen i 2009, gjennomført blant fastleger, viste at Norge skåret lavere enn gjennomsnittet av de andre landene på alle seks hovedindekser i undersøkelsen, dvs. koordinering, kvalitetsmåling og kvalitetsvurdering, generering av lister fra elektronisk pasientjournal for å få oversikt over tjenestebehovene til innbyggerne på listen, insentiver og tilgjengelighet og elektronisk funksjonalitet. Undersøkelsen viste at bare én av fire norske fastleger hadde rutiner for å motta og gjennomgå data om kliniske resultater, langt lavere enn snittet av de andre landene. På samme måte oppga bare fem pst. av de norske fastlegene at de hadde rutiner for å motta og gjennomgå data om pasientenes erfaringer og tilfredshet med behandlingen, mot 50 pst. i resten av Europa og 80 pst. i Sverige.

Undersøkelsen viste for øvrig at norske fastleger i hovedsak var mer fornøyd med helsetjenester og egen arbeidssituasjon enn kollegene i de andre landene.

Hovedbildet fra undersøkelsen i 2010 blant voksbefolkningen, er at det er svært få områder der Norge gjør det spesielt godt. På de fleste områdene skårer Norge middels, og på en del områder er Norges resultater dårligere enn gjennomsnittet. Norge skårte dårligere enn gjennomsnittet på tre områder: 1) vurderinger av de intervjuedes faste lege, både når det gjelder kommunikasjon, medbestemmelse, og om den faste legen tar seg nok tid i konsultasjonene, 2) omfanget av brukeropplevde medisinske feil og 3) vurderinger av sykehusene ved utskrivning, både informasjon om medisiner, avtale om oppfølging hos en lege eller annet helsepersonell, skriftlig informasjon om hva man skulle gjøre når man kom hjem, og hvilke symptomer man skulle være oppmerksom på.

Norge skåret bedre enn gjennomsnittet på to områder: 1) tilgang på helsehjelp på kveldstid, i helger og helligdager, som knyttes til legevakttjenesten og 2) andel som oppgir at de har fast lege, noe som knyttes til fastlegereformen.

Undersøkelsen i 2011 blant utvalgte befolkningsgrupper viste også at norske respondenter rapporterer dårligere erfaringer med helsetjenestene enn snittet av pasientene i de ti andre landene. Samlet sett skårte Norge relativt dårlig på disse områdene: 1) generelt syn på helsevesenet og kvaliteten på legetjenester, 2) kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, 3) informasjonsoverføring mellom helsepersonell og ulike nivåer i helsetjenesten, 4) omfanget av brukeropplevde medisinske feil, 5) oppfølging og forebyggende undersøkelser av kronisk syke, og informasjon om symptomer man skal være oppmerksom på og når man skal kontakte helsepersonell og 6) pasientinvolvering og utarbeidelse av behandlingsplaner.

Norge skåret bedre enn snittet på andel med fast lege, tilgjengelighet til helsehjelp utenom kontortid, og tilgjengelighet til primærlege samme dag.

Undersøkelsene i 2010 og 2011 viser at norske helsetjenester har et forbedringspotensial på brukerorientering, sammenlignet med andre land. Nasjonale brukererfaringsundersøkelser viser også flere tilsvarende forbedringsområder, f.eks. når det gjelder informasjon til pasienter, medbestemmelse og organisering.

Det samme bildet fremkommer i undersøkelsene i 2012, 2013 og 2014. Når Commonwealth Fund sammenstiller sine funn i årene 2010–2013 med data fra OECD og WHO i 2011 i rapporten *Mirror Mirror*, er konklusjonen at Norge bruker nest mest penger per capita på helsetjenester (34 000 kroner), bare overgått av USA (51 048 kroner) (Haugum m.fl. 2013). Til tross for dette får vi relativt sett dårligst karakter på 4 av 11 parametere, og kun middelskarakter på de resterende 7 parameterne. Norge skåret dårligst av alle land i undersøkelsen på tre dimensjoner for kvalitet (effektivitet, sikkerhet og brukerorientering). Totalt kom Norge ut som nr. 7 av 11.

Norge gjør det godt på de kvalitetsindikatorne som OECD måler årlig som gjelder kvalitet i primærhelsetjenesten. I *Health at a glance 2014* fremgår at Norge har færre innleggelser enn gjennomsnittet i EU-landene for voksne med astma og diabetes, men flere enn gjennomsnittet for voksne

med kols. Det tilsier at innleggelser for kols kunne vært unngått ved bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. Det gjelder til en viss grad også for astma og diabetes, da det er land som ligger lavere enn oss. Når det gjelder forskrivning av antibiotika, ligger Norge godt an, dvs. at norske allmennleger forskriver mindre enn mange av sine kolleger i EU-land. Det gjelder særlig for de nyere og bredspektrede antibiotikatyper. Samtidig har f.eks. Nederland lavere forskrivning av antibiotika enn vi har i Norge.

Også i sin Quality Review tegner OECD et positivt bilde av norsk helsetjeneste. Helse-systemet sikrer lik tilgjengelighet og tjenester av god kvalitet. Befolkningen har generelt god helse. Norske helsemyndigheter søker stadig forbedring. Dette vurderes som meget positivt. Strukturer som støtter arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er hovedsakelig på plass (lovverk, kvalitetsstrategier mv.), men det er mangler i primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten beskrives som high performing. Rapporten påpeker at samhandlingsreformen bidrar til en strategisk visjon i primærhelsetjenesten, men det pekes på at det også gjenstår utfordringer. OECD mener at en av utfordringene til primærhelsetjenesten er fragmentert ledelse. Dette har bl.a. betydning for arbeidet med pasientsikkerhet. OECD påpeker også at tilbudet til pasienter med kroniske lidelser preges av manglende koordinering. Videre påpekes at Norge mangler et monitoreringssystem av tjenestene, dvs. at Norge ikke har data om hva som skjer i tjenestene og IKT-utfordringer. OECD mener norske myndigheter bør forbedre informasjonsutvekslingen og transparensen i primærhelsetjenesten. I rapporten påpekes også at fastlegen er dårlig integrert i de øvrige tjenestene, at personellet kan og bør utnyttes bedre. Mangel på insentivbaserte finansieringsmekanismer som fremmer forebygging og samhandling trekkes også frem.

Når det gjelder psykisk helse konkluderer rapporten med at Norge generelt tilbyr gode tjenester. OECD påpeker likevel at Norge mangler gode data over befolkningens psykiske helsetilstand. Kompetansen i primærhelsetjenesten kan styrkes.

11 Tall og fakta om helse- og omsorgstjenesten

I dette kapittelet presenteres kort fakta om helse-tilstanden i befolkningen, finansiering, aktivitet og ressurser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Norge har 428 kommuner med store variasjoner og forskjeller knyttet til geografi, innbyggertall og demografi, areal og sentralitet. Det mediane innbyggertallet er om lag 4700. Dette bidrar til ulike utfordringsbilder og ulik utforming av tjenestetilbudet i kommunene. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) sine framskrivinger for 2040 vil befolkningen vokse i landsdelssentrene. Veksten ser ut til å bli enda større i kommunene som ligger rundt de store byene.

Helsetilstand og demografisk utvikling

Helsetilstanden i den norske befolkningen er god. Forventet levealder er økt mer eller mindre kontinuerlig siden 1800-tallet. I 2013 var forventet levealder 83,6 år for kvinner og 79,9 år for menn. Prognoser tyder på at levealderen vil fortsette å øke i de kommende tiårene både blant kvinner og menn. Mye tyder på at de sosiale forskjellene i levealder, som har vært økende siden 1960-tallet, er i ferd med å flate ut.

Når det gjelder trivsel og velferd, rangeres Norge fremst i internasjonale sammenlikninger, men de sosiale forskjellene i helse er fremdeles betydelige. Psykiske plager og sykdommer er en stor folkehelseutfordring, og sykdommer som delvis henger sammen med livsstil og levevaner er blant de viktigste årsakene til tapte leveår. Ressursene for å mestre sykdom er også ulikt fordelt. Sykdomsbildet preges av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Disse sykdommene er definert av WHO som non-communicable diseases (NCD). Norge har forpliktet seg til å slutte opp om WHO sitt mål om 25 pst. reduksjon i for tidlig død forårsaket av NCD innen 2025. I 2012 sto NCD for om lag 87 pst. av dødsfallene i Norge. Hjerte- og karsykdommer var den hyppigste dødsårsaken med 33 pst., etterfulgt av kreft med 27 pst. Diabetes og kols sto for henholdsvis to og seks pst. av dødsfallene. Andre ledende årsaker til helsetap er

korsryggsmerter, alvorlig depresjon, angst, nakkesmerter og fallulykker. Det er kjønnsforskjeller i befolkningens helsetilstand. Sykdommer rammer ulikt og bruken av helse- og omsorgstjenester varierer.

Kombinasjonen av at vi lever lengre og store fødselskull, spesielt etter andre verdenskrig, medfører at vi vil få en større andel eldre de kommende årene. Befolkningssammensetningen endrer derfor karakter. Det er i dag om lag 1,1 million mennesker over 60 år i Norge. Andelen personer over 60 år er i 2013 høyere enn andelen under 15 år, og i 2050 vil det være dobbelt så mange eldre som barn og unge. Antall personer over 80 år vil sannsynligvis øke med 6 til 7 pst. årlig i perioden 2025–2029, noe som vil innebære en firedobling av antall 80–89-åringer innen utgangen av dette århundret. Antall over 90 år vil vokse spesielt raskt.

I henhold til SSBs framskrivinger vil folketallet i Norge være om lag 6 millioner rundt år 2027. I utviklingen til nå er det innvandringen som i første rekke forårsaker den sterke befolkningsøkningen. Innvandringen kommer i første rekke fra EØS-området. Det er derfor knyttet sterk usikkerhet til prognosene, da innvandringen i stor grad påvirkes av utviklingen i økonomien og arbeidsmarkedet i Norge, og utviklingen sammenlignet med andre land i EØS-området.

SSB har siden 2005 gjort framskrivinger på innvandrerbefolkningen. Ifølge det såkalte hovedalternativet som ble presentert i 2012, vil antall innvandrere vokse fra 0,55 millioner i 2012 til 1,3 millioner i 2050. Dersom vi tar med barn av innvandrere, vil antallet vokse fra 0,66 millioner i 2012 til 2,03 millioner i 2050.

Resultater fra studier i Sverige, England, USA og Norge tyder på at eldre generelt er friskere, mer funksjonsdyktige, og har bedre hukommelse enn tidligere. Selv om vi får flere friske eldre, betyr flere eldre generelt et økt antall eldre med sykdom og skader. Nasjonalt folkehelseinstitutt anslår at det vil bli en betydelig økning i antall eldre framover med kroniske sykdommer. Flere vil leve med kreft. Færre vil dø av hjertesykdom, og flere vil få demens. Det er anslått at om lag

70 000 personer i Norge har demens. Mange hjer- neslagpasienter får nedsatt funksjonsevne og tren- ger hjelp i hverdagen. Forekomsten av brudd i Norge er blant de høyeste i verden. Hoftebrudd har størst konsekvenser. Om lag 70 pst. av alle hoftebrudd skjer hos kvinner. Mange brudd skyl- des redusert benmasse (osteoporose) kombinert med et fall.

For nærmere informasjon vises til Helsedirek- toratets publikasjon Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren 2015.

Finansiering

Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstje- nester er dels finansiert gjennom kommunenes frie inntekter og øremerkede tilskudd, og dels gjennom statlige trygderefusjoner til bl.a. all- mennlegetjenester og fysioterapi. Det betales egenandeler både for helse- og omsorgstjenester. I følge tall fra OECD for 2013 dekker det offent- lige om lag 85 pst. av de samlede utgiftene til helse- og omsorgstjenester, de resterende 15 pst. er egenbetaling.

Tall fra SSB viser at de totale kommunale driftsutgiftene til helse- og omsorgstjenester var 114 mrd. kroner i 2013, 5 pst. mer enn i 2012. Fol- ketrygdens utgifter kommer i tillegg og utgjorde 6,3 mrd. kroner i 2013. Til sammenlikning var utgiftene til spesialisthelsetjenesten 112 mrd. kro- ner. I de kommunale utgiftene inngår bl.a. om lag 5,3 mrd. kroner til kommunal medfinansiering av somatiske tjenester i spesialisthelsetjenesten i 2013.

I 2013 ble det brukt i underkant av 14 mrd. kroner på kommunehelsetjenester, en økning på 6,6 pst. fra 2012. SSB benytter begrepet kom- munehelsetjenester som utgjør allmennlegetje- nesten-, fysioterapi-, jordmor- og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det meste av utgiftene gikk med til diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering ute i kommunene. De kommu- nale utgiftene til annet forebyggende helsearbeid var om lag 1,2 mrd. kroner i 2013 og har økt med 10,7 pst. fra 2012.

Personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det vises til rapporter fra Helsedirektoratet (2015) om Nasjonalt personellbilde og nøkkeltall. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har mange ansatte. I tillegg har kommunene inngått avtaler med private næringsdrivende tjenesteytere, i første rekke fastleger og fysioterapeuter.

I 2013 var det om lag 140 000 årsverk i kommu- nale helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer ikke private tjenesteytere. Om lag 95 pst. av fast- legene og 60 pst. av fysioterapeutene er private tje- nesteytere. Det er anslått at om lag 7 pst. av årsverkene innenfor pleie og omsorg besto av pri- vate tjenesteytere.

Antall fastleger ved utgangen av 2009 var 4 049 og i 2013 var det 4 387. Dette er en økning på 8,3 pst. Ved utgangen av 2014 var antall fastleger 4 512.

Samlet årsverk i helsestasjons- og skolehelse- tjenesten utgjorde i 2013 i overkant av 4 217, en økning på 20 pst. fra 2009. Dette omfatter alle typer personell som er tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Årsverk for fysioterapeuter utgjorde om lag 4 500, en oppgang på i overkant av 7 pst. fra 2009. I samme periode økte antall årsverk for ergoterapeu- ter fra 1 380 til over 1 700. Mange avtalefysio- terapeuter har over tid hatt deltidshjemler. I 2013 var fortsatt 51 pst. av avtalehjemlene deltidshjem- lene. Etter omlegging av finansieringen i 2009–2010 har kommunene løftet en rekke av deltidshjem- lene. Utviklingen går i retning av større hjemler.

I 2014 var antall årsverk for psykologer i kom- munene 324,5, en oppgang på 46 pst. siden 2009.

Det foreligger ikke eksakte tall over samlet antall årsverk sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Basert på personelloversik- ter fra omsorgstjenesten og helsestasjons- og sko- lehelsetjenesten kan det anslås et samlet antall sykepleierårsverk på om lag 30 000 i 2013. Til sammenlikning var det om lag 35 000 sykepleier- årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2013.

I 2013 var det 132 694 årsverk i omsorgstje- nestene, fordelt på om lag 46 000 årsverk helse- fagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, 22 000 sykepleierårsverk uten spesialisering/vide- reutdanning, 1500 årsverk psykiatriske sykeplei- ere, 1700 årsverk geriatriske sykepleiere, 2700 årsverk sykepleiere med annen spesialisering eller videreutdanning, 7000 årsverk vernepleiere, 3200 årsverk miljøterapeuter, 1300 årsverk aktivi- tører, 1200 sosionomårsverk, 1000 årsverk barne- og ungdomsarbeider, 900 ergoterapeutårsverk, 400 fysioterapeutårsverk, 300 legeårsverk, mv. Dette inkluderer også 32 861 årsverk personell uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Sammenlignet med andre nordiske land er det i Norge høy tetthet av både leger, sykepleiere og fysioterapeuter per 100 000 innbyggere.

Bruk av tjenester

Per 31. desember 2013 deltok nesten 100 pst. av befolkningen i fastlegeordningen ved at de står på en liste hos en fastlege. Tall for 2013 viser at 68 pst. av befolkningen i alle aldersgrupper benytter seg av fastlegen. I 2013 hadde hver innbygger gjennomsnittlig 2,6 konsultasjoner hos fastlegen og 0,26 konsultasjoner hos legevakt. Fastlegen brukes oftest i aldersgruppen 67–89 år, hvor over 8 av 10 var i kontakt med fastlegen i 2013. Bruken av legevakt er høyest i aldersgruppen 0–5 år, hvor nesten 1 av 3 var i kontakt. Antall gjennomsnittlige konsultasjoner øker fra aldersgruppen 6–15 år og opp til 80–89 år. For gruppen 90 år og eldre er antall gjennomsnittlige konsultasjoner noe mindre grunnet færre hjemmeboende pasienter. Personer som bor i institusjon benytter i hovedsak ikke fastlegen, men institusjonslegen. Kvinner bruker fastlegen mer enn menn, men ikke når man kontrollerer for kontakter som følge av svangerskap og gynekologiske tilstander. Enkelte innvandrergupper har færre konsultasjoner hos fastlegen enn i den øvrige befolkningen (se kapittel 29).

Det er fremdeles slik at de aller fleste barna i Norge fullfører helsekontroller ved helsestasjonene i kommunene etter programmet til helse-

myndighetene. Det kan dessuten se ut til at trenden de senere årene, med en liten reduksjon i andel barn som har fullført helseundersøkelse, har snudd for alle aldersgrupper. Tendensen til at andel barn som har fullført undersøkelse, er høyest for spedbarn og går entydig ned med stigende alder, fortsetter i 2013. I 2013 var det 98 pst. av spedbarn som gjennomførte kontrollen innen den åttende leveuken, mens andelen var 91 pst. blant dem som fullførte kontrollen innen utgangen av første skoletrinn. Andelen nyfødte som har hatt hjemmebesøk innen to uker etter at de kom hjem, har økt fra 79 pst. i 2012 til 81 pst. i 2013.

Det var 447 347 brukere hos avtalefysioterapeuter i 2013 eksklusiv brukere som ivaretas av fast ansatte fysioterapeuter i kommunen.

Ifølge Iplos-registeret var det i overkant av 271 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester ved utgangen av 2013 (tverrsnittstall). Av disse mottakerne hadde om lag 43 000 personer opphold i institusjon, og om lag 180 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Vel 48 500 personer mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv. I løpet av 2013 mottok 345 000 personer omsorgstjenester.

Del III
Fremtidens primærhelsetjeneste:
Generelle tiltak

12 Sammen med pasient, bruker og pårørende

Fremtidens helse- og omsorgstjeneste skal være pasientens og brukers tjeneste der hovedregelen er at ingen beslutninger om meg som pasient, skal tas uten meg.

Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivaretatt sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Dette innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene.

Dette prinsippet er allerede nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Derfor handler ikke dette om å gjøre lovendringer, men om å styre praksis slik at dette blir etterlevd. Pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i endringsarbeidet vi nå står foran. Pasientene og brukernes behov skal inngå i grunnlaget for utviklingen av tjenestene, og kvaliteten på tjenestene skal vurderes fra pasientenes perspektiv. Pasientene kan på denne måten være helse- og omsorgstjenestens viktigste endringsagenter.

Med dette utgangspunktet står tjenestene overfor betydelige utfordringer:

- Dårlig tilrettelagt eller manglende informasjon. Det er dette de fleste klager på i brukerundersøkelser
- For dårlig kommunikasjon preget av ulikhet i språk, makt og roller eller tidsnød
- Mangelfull tilgjengelighet, enten det gjelder å komme gjennom på telefon, lang ventetid for å få time, kø og ventetid ved legekantor eller problemer med å få helsehjelp i eget hjem
- Større valgfrihet og selvbestemmelse bør omfatte flere forhold
- Utforming og tilrettelegging av helse- og omsorgstjenestens lokaler og bygg ville gan-

Boks 12.1 Forenkle, forbedre og fornye

Regjeringen vil gi enkeltmennesket større frihet til å styre sitt eget liv, og vil utnytte de store mulighetene som ligger i moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å skape et enklere møte med en døgnåpen offentlig sektor, høyere kvalitet i tjenestene, økt verdiskaping og bedre beslutninger. Regjeringen har store ambisjoner om å forbedre, forenkle og fornye offentlig sektor, og har «En enklere hverdag for folk flest» som en av sine viktigste satsinger med fem innsatsområder for arbeidet:

- Økt valgfrihet
- Bedre styring og ledelse i staten
- Fjerne tidstyver
- Enklere regelverk
- Digitalisere forvaltningen

Kilde:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd.html?id=504>

ske sikkert vært annerledes om pasientene selv hadde deltatt i utformingen

Samtidig ligger det store muligheter ved å ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder:

- IKT som kan gi helt andre muligheter både til å bestille tjenester, kommunisere med tjenesten, monitorere egen sykdom, skaffe seg informasjon og få tilgang til egne journalopplysninger
- Telemedisin som gir muligheter til å få behandling/oppfølgning hjemme eller lokalt, i stedet for å reise langt for å komme på legekantor eller sykehus
- Gruppearbeid og likemannsarbeid vil styrke brukerinnflytelse og deltakelse

12.1 Brukermedvirkning på alle nivå

Pasient- og brukerinvolvering bør skje på minst tre nivå:

- Individuelt når det gjelder valgfrihet og innflytelse over egen helse og tjenestetilbud
- På gruppenivå når det gjelder å møte, bistå og stå sammen med andre pasienter/brukere i samme situasjon
- På kommune- og samfunnsnivå gjennom brukerrepresentasjon

Alle tiltak i meldingen skal bidra til å bygge pasientenes helse- og omsorgstjeneste.

Individuell valgfrihet, mestring og innflytelse over eget pasientforløp

Den individuelle tilnærmingen handler om tiltak som øker valgfrihet og brukerinnflytelse, bedrer tilgjengelighet og styrker informasjon og kommunikasjon mellom pasient og behandler. Tiltakene skal gi mulighet til å gjøre egne valg og påvirke behandlingsforløpet, ta medansvar og være involvert i å gjennomføre rehabilitering og behandling. Gjensidig opplæring og veiledning basert på dialog mellom behandler, pasient og eventuelt pårørende, blir viktige elementer. Det er særlig viktig å ivareta barn og unge på en måte som gjør at de får reell innflytelse i kommunikasjonen med behandlere. Det vises til omtale av barn og unges stemme i kapittel 20.

God sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelige kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling.

Implementering av velferdsteknologi, telemedisin og nye teknologiske løsninger for informasjon og kommunikasjon gir brukerne nye muligheter. Dagens og morgendagens pasienter har god tilgang på informasjon og medisinsk kunnskap gjennom internett. Helse- og sosialpersonellens rolle blir en annen i møte med den opplyste pasient eller bruker. I stedet for å formidle informasjon, blir oppgaven mer å gi råd og veiledning og vurdere alternativer, slik at den enkelte får et bedre grunnlag for å ta sine egne beslutninger.

Brukerstyring er en måte å forbedre helse- og omsorgstjenesten på som brukes for lite. Det er god erfaring med brukerstyrte senger i psykisk helsevern der den enkelte selv kan legge seg inn. Å vite at man får hjelp når behovet er der, øker tryggheten og senker bruken.

Helse- og omsorgstjenesten kan forbedre seg hele tiden ved å spørre brukerne og invitere dem til å komme med forslag til forbedringer. Implementering av nye teknologiske løsninger for bestilling, informasjon og kommunikasjon vil sammen med telemedisin øke brukerinnflytelsen på individnivå.

Ventetider er sterkt uønsket av brukerne. Bedre logistikk og bruk av ny teknologi må tas i bruk for å gi løpende informasjon og redusere ventetider. Pasientens tid skal være like viktig som behandlerens tid.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet vil våren 2015 legge fram en ny veileder om friere brukervalg i kommunene, og stimulere til å gi brukerne større valgfrihet både når det gjelder valg av leverandør og tjenestenes form og innhold (når, hvor, hva og hvordan).

Gruppearbeid og likemannsarbeid

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør av flere grunner ha tilbud hvor en bringer pasienter og brukere sammen og ta i bruk gruppearbeid og gruppetodikk i forebyggende arbeid, rehabilitering og behandling. Ved å opptre sammen styrkes brukernes stemme i møte med profesjonene og inviterer til likemannsarbeid, selvhjelpsgrupper og mer likeverdig kunnskapsdeling. Opplæring- og veiledningsarbeid kan med fordel foregå i gruppebasert virksomhet, der fagpersonell og brukere deler kunnskap og erfaringer med hverandre.

Alle som kommer inn i helse- og omsorgstjenesten med en alvorlig eller langvarig sykdom, funksjonsnedsettelse mv. bør få tilbud om å møte en likeperson. Det kan gjøres gjennom samarbeid med brukerorganisasjonene.

Alle skal ha tilbud om opplæring for mestring av egen sykdom. Lærings- og mestringssentre ble etablert i spesialisthelsetjenesten fra 1998. Mye opplæring for mestring kan og bør skje nær der brukerne bor, dvs. i deres hjemkommune. Det skjer i alt for liten grad i dag.

I kommune og samfunn

På kommune- og samfunnsnivå vil både brukerrepresentasjon og forskningsbaserte brukerundersøkelser være viktige virkemidler. De fleste innbyggere er i større eller mindre grad brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De folkevalgte både lokalt og sentralt har derfor erfaringer som pasienter og brukere. I tillegg er brukerne i de fleste kommuner representert gjennom

kommunale eldreråd og råd for personer med funksjonsnedsettelse. Enkelte kommuner har også ungdomsråd og andre måter å organisere brukerrepresentasjon på i kommuner, bydeler og lokalmiljø som kan ha betydning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse bør også trekkes inn og være representert f.eks. i byggekommiteer og planarbeid. Mange pasient- og brukerorganisasjoner har også lokale lag og foreninger som det er naturlig å trekke inn i planlegging og utforming av tjenestetilbud, og spille sammen med i frivillig arbeid.

Kommunene har i dag en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal også sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Undersøkelsene må ta høyde for endringene i befolkningssammensetningen og være utformet på en måte som sikrer at flest mulig brukere deltar. I tillegg til slike brukerundersøkelser, er forskningsbaserte brukerundersøkelser et viktig virkemiddel både for å kartlegge brukerbehov, evaluere tjenestetilbud og behandlingsforløp utfra pasientenes eget perspektiv og måle pasient- og brukeropplevd kvalitet. Å måle pasientrapportert kvalitet/resultat har stor oppmerksomhet internasjonalt. Brukerne bør være representert i slik forskning.

Privat organisering av tjenestene gir muligheter for brukereide organisasjoner eller brukerrepresentasjon i styrer for selskap som inngår avtaler med kommunene om levering av helse- og omsorgstjenester.

For fastlegene i kommunene er det avtalefestet i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen at det skal være et lokalt samarbeidsutvalg. Dette ville være et egnet sted for brukerrepresentasjon, for å øke deres innflytelse på tjenesten.

Samiske brukere bør søkes ivaretatt på alle nivå i pasient- og brukervedvirkningen. Kommuner med samisk befolkning kan sikre at samiske brukeres erfaringer og interesser blir hørt og ivaretatt gjennom representasjon i ulike brukerråd. Samiske brukere kan også bidra med viktige erfaringer i likemannsarbeid.

Brukermedvirkning bidrar til å sikre legitimiteten til den offentlige tjenesteytelsen og til å styrke kvaliteten. Den offentlige helseportalen www.helsenorge.no skal bidra til en styrking av pasient- og brukerrollen og gjøre helsetjenesten mer åpen og tilgjengelig for befolkningen.

Økt pasient- og brukerinnflytelse krever kulturrendring i helse- og omsorgstjenestene. Det kaller på ledelse og kompetanse. Utvikling av nye verktøy, digitale løsninger og opplæring både av personell og brukere i kommunikasjon blir viktige virkemidler for å endre praksis.

12.2 Pårørende og frivillige

Pårørende og frivillige skal få en større og tydeligere plass i helse- og omsorgstjenesten.

Pårørendeprogrammet 2020

Stortinget behandlet sommeren 2013 Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020 som en del av Meld. St. 39 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Pårørendeprogrammet 2020 har som mål å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende og bedre samspillet mellom helse- og omsorgstjenesten, brukerne og deres nærmeste, og har en rekke tiltak som skal gjennomføres fram mot 2020.

Pårørende som tar vare på sine nærmeste, skal bli møtt av offentlige tjenester som arbeider sammen med dem, veileder og støtter dem og gir avlastning når de trenger det. For å møte fremtidens utfordringer må helse- og omsorgstjenesten utvikle samspillet og gi større rom for frivillige, ideelle virksomheter, brukerstyrte ordninger, samvirkelsesløsninger og privat næringsliv. Det er naturlig at Pårørendeprogrammet på sikt utvides til å omfatte hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ikke minst vil dette handle om gjensidig veiledning og faglig støtte og opplæring, der pårørende utfører vesentlige oppgaver knyttet til medisinsk behandling, rehabilitering og opptrening.

I 2013–14 ga Helsedirektoratet tilskudd til prosjekter med mål om å utvikle kommunale modeller, som skal bidra til å forbedre pårørendes situasjon, synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. Direktoratet er også i ferd med å utarbeide en overordnet pårørendeveileder for kommunene, på tvers av alle pårørendegrupper. Opplæringstiltak rettet mot spesielle målgrupper planlegges i oppfølgingen av veilederen.

Brukerstyrte ordninger og brukereide virksomheter og tiltak får etter hvert større plass ved siden av ideelle og private aktører som leverandører av helse- og omsorgstjenester etter nærmere avtale med kommunene. Stortinget har vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som

gir rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse.

Som ledd i arbeidet med å bedre samspillet mellom omsorg som utføres av det offentlig og den som utføres av familie og frivillige, har Helse- og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å utvikle arenaer hvor brukere og pårørende får fremme saker, blir lyttet til og får tilgang på informasjon som gjelder tjenestestedet, enten det er sykehjem, dagtilbud eller hjemmetjenester. Dette handler både om brukerinnsflytelse og bedre samspill med pårørende som ønsker å bidra med sine ressurser. Utgangspunktet bør være at dette kan organiseres uten omfattende byråkrati og på en måte som kan oppleves som overkommelig og meningsfull for alle parter. Helse- og omsorgsdepartementet har på denne bakgrunn satt i gang et arbeid med å identifisere barrierer og muligheter knyttet til et mer formalisert samspill mellom brukere og pårørende og tjenesteleverandører.

Samtidig er arbeidet med å reformere ordningene med omsorgslønn og pleiepenger for foreldre med syke og funksjonshemmede barn igangsatt som oppfølging av NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg – Fra usynlig til verdsatt og inkludert.

Pårørendeutvalg

Det er etablert bruker- og pårørenderåd eller -utvalg på enkelte tjenestesteder. Andre steder er det etablert andre kanaler for informasjon, dialog og brukermedvirkning. Det kan f.eks. være bruker- og pårørendeundersøkelser, åpne møter for alle pårørende, individuelle innkomstamtaler, løpende bruker- og pårørendesamtaler, forslagskasse og sosiale arrangementer. Det finnes ingen nasjonale tall for hvor mange kommuner eller virksomheter i omsorgstjenesten som har bruker- og pårørendeutvalg. Erfaringer viser at slike utvalg bidrar til åpenhet, bedre felles forståelse, tettere samarbeid og forebygging av konflikter. Pårørenderepresentanter bidrar ofte med verdifull informasjon i arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenestene og på tjenestestedet.

Brukermedvirkning er tydelig ivaretatt i lover og forskrifter. Reglene gir også rom for å utvikle nye måter å organisere samspillet med pårørende i omsorgstjenesten på. Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, etablerer systemer for å innhente pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. I sykehjemsforskriften står det at sykehjem skal legge til rette for at det velges en

talsrepresentant for beboerne. Videre står det at beboerne skal sikres mulighet for innflytelse på driften. Det er ofte pårørende som representerer beboerne på sykehjem. Internkontrollforskriften har bestemmelser om bruker- og pårørender erfaringer. I kommentarene til forskriften heter det at virksomhetene bl.a. skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten. Kommunene kan gjøre dette på flere måter, f.eks. gjennom dialog i etablerte utvalg. Forutsetningen er at de som sitter i utvalgene, har tilgang på informasjon om hvordan pasienter og brukere opplever tjenestetilbudet. Det må legges til rette for at brukere og pårørende blir hørt, og at det er arenaer for dialog mellom ansatte, brukere og pårørende. Det er et ledelsesansvar å sørge for at ansatte får opplæring, sånn at de kan dra nytte av den ressursen som aktive brukere og pårørende representerer. Kommunene bør ha et bevisst forhold til hvordan de sikrer bruker- og pårørendemedvirkning og organiserer slik involvering. Det kan vurderes om det er behov for å etablere permanente pårørende- og brukerutvalg hvor pasienter, brukere og pårørende kan ta opp saker av felles interesse.

Forskning om pårørende

Forskning viser at involvering av pårørende kan ha betydning for sentrale forhold som må tas i betraktning når helsehjelp skal ytes, og at involvering av pårørende i helse- og omsorgstjenesten kan gi helsegevinst både for pasienter og pårørende.

Det er fortsatt et stort behov for mer kunnskap på dette området for å forstå ulike mekanismer og for å gi bedre grunnlag for endret lovgivning på området, samt for bedring av praksis slik at de politiske målene som nå er formulert i offentlige dokumenter kan nås.

Forskningsmiljøet for pårørendeforskning ved Universitetet i Stavanger tok høsten 2013 initiativ til å opprette Nettverk for pårørendeforskning. Hensikten med nettverket er å utvikle og styrke forskning om pårørendestøtte og -involvering for å forbedre helse- og velferdstjenestene til pårørende. Deltakere i nettverket er forskere fra ulike universiteter og høyskoler, men også praktikere, pårørende, pasienter og brukere som representerer offentlige- og idealistiske tjenesteorganisasjoner innen somatiske, psykiske og rusrelaterte lidelser. Deltakernes ulike posisjoner gjør det mulig å utvikle kunnskap som er praksisnær, kan implementeres og bidra til faglig utvikling av tjenestetilbudet.

Boks 12.2 Kunnskap om pårørende

Ved Universitetet i Stavanger er forskning på pårørende et viktig satsningsfelt. Forskningen på pårørende er begrenset til pårørende til personer som har behov for eller som kan ha behov for helse- og omsorgstjenester. Pårørende defineres vidt og er ikke avgrenset til bestemte sykdommer eller til nærmeste pårørende. Det rettes også oppmerksomhet mot barn som pårørende. Forskerne har som mål å undersøke de pårørendes egne behov. Det er viktig å få kunnskap om den pårørendes egen helse og sosiale tilstand og den pårørendes betydning for pasient og brukers helse og sosiale tilstand. Videre vil forskerne belyse hjelpeapparatets strukturelle utforming og samarbeidslinjer mellom offentlige og private aktører. Kunnskaper om virkemidler som tas i bruk eller kan tas i bruk for å nå målsetninger om større grad av involvering og ivaretagelse av pårørende er et annet viktig aspekt i denne forskningen.

Forskningen tar utgangspunkt i begreper som pårørende, pårørendes roller og rettigheter, pårørendeinvolvering og områder som helse- og omsorgstjenestens ansvar og private aktørers arbeid og roller overfor pårørende. Forskningen har et nedenfra og opp perspektiv; et pasient- og brukerperspektiv, et pårørendeperspektiv og et tjeneste-perspektiv. Folkehelseperspektivet vil også være sentralt. Forskningen har også en flerfaglig tilnærming.

Frivillige, ideelle organisasjoner og næringsliv

Regjeringen vil ta i bruk alle gode krefter for å sikre brukere og pasienter tjenester av god kvalitet, mer valgfrihet og større mangfold i tilbudet. Det er etablert et samarbeid med KS og Frivillighet Norge for å utvikle en strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Kunnskaps-

grunnlaget om frivillig sektor styrkes gjennom forskningsprogrammet om sivilsamfunn og frivillig sektor i regi av Kulturdepartementet. Regjeringen ønsker også å legge bedre til rette for at ideelle organisasjoner og næringsliv blir sterkere involvert i den kommunale helse- og omsorgssektoren bl a gjennom friere brukervalg, etablering av dagaktivitetstilbud og bedre tilpasning av investeringsordningen til sykehjem og omsorgsboliger i Husbanken.

Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet

Om lag halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid i løpet av et år, men under 10 pst. av det «ubetalte» frivillige arbeidet skjer innenfor helse- og omsorgssektoren. Erfaringene tilsier at frivillig omsorgsarbeid ikke kommer av seg selv, men krever nitidig arbeid og systematisk oppfølging. Organisering, veiledning og motivasjon er viktig for å rekruttere og beholde frivillige.

For å utnytte det potensialet som ligger i frivillig arbeid skal det utarbeides en strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien skal bidra til å ta vare på og rekruttere flere frivillige til helse- og omsorgsfeltet, bidra til å styrke et systematisk samarbeid mellom frivillige organisasjoner og de offentlige tjenestene og til å redusere ensomhet. Strategien skal bygge på de erfaringene som finnes på feltet og på plattformen som er utarbeidet for samhandlingen mellom kommunene og Frivillighet Norge. Sammen med Frivillighet Norge og KS er Helse- og omsorgsdepartementet i gang med å utarbeide strategien.

Boks 12.3 Regjeringen vil:

- Videreføre arbeidet med med en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk og utvide denne til å omfatte hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Videreføre arbeidet med å utvikle en strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet

13 Team – tilgjengelighet, tverrfaglighet og koordinering

Pasientene skal oppleve tjenestene som tilgjengelige, trygge, helhetlige og koordinerte. Til tross for dette rapporterer mange brukere at tjenestene er for lite tilgjengelige og fragmenterte. Tjenesteyterne jobber hver for seg, ev. sammen med andre fra samme profesjon. Også brukere som oppfyller vilkårene for rett til individuell plan, hvor kommunen har en plikt til å tilby koordinator, opplever at tjenestene ikke er tilstrekkelig samordnet. Dette reduserer brukernes mulighet til å involveres i og være med på å utforme et helhetlig behandlingforløp i tråd med egne behov og ønsker.

Behovet for en endret innretning av tjenestene skyldes at brukernes behov har endret seg. Flere har kroniske lidelser og psykiske plager, og det er flere med sammensatte behov. Mange av disse brukerne kunne fått et bedre liv og færre innleggelser i spesialisthelsetjenesten dersom tilbudet de mottok i den kommunale helse- og omsorgstjenesten var annerledes, både i innhold og organisering. I tråd med dette jobbes det i mange land med å utvikle mer helhetlige og koordinerte tjenester. Det legges til rette for samlokalisering av tjenester og prøves ut ulike modeller for team med ulik forankring, sammensetning og med ansvar for ulike brukergrupper og oppgaver.

13.1 Samlokalisering av tjenester

Et første skritt for å gjøre tjenestene mer helhetlige for brukerne, er samlokalisering av tjenester og personell. Samlokalisering bidrar til en dør inn for brukerne og legger til rette for bedre samhandling mellom de ulike personellgruppene. Fysisk nærhet har i mange studier vist seg å bedre kommunikasjon og samhandling. Ett eksempel på hvordan dette kan gjøres, er Sunnfjord medisinske senter, der mange ulike tjenester er lokalisert under samme tak. Senteret ble åpnet i 2001, og seinere utvidet med et tilbygg som huser Nav sine funksjoner. Når tredje byggetrinn er ferdig, vil de kommunale helsetjenestene i Florø, dvs. helsestasjon, fastleger, fysio- og ergoterapitjenester, samt Nav, også bli samlokalisert med spesialisttjenester, poliklinikker og ambulan-

sesentral. Senteret har også et utstrakt samarbeid med andre deler det kommunale tjenestetilbudet, som hjemmesykepleien.

13.2 Primærhelseteam

Bedring av tjenestetilbudet til hele befolkningen i form av økt tilgjengelighet, mer proaktivitet og bedre opplæring krever en teambasert tilnærming til grunnleggende helsetjenester. Internasjonalt omtales dette som primærhelseteam. Et primærhelseteam er en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en befolkning av en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn, diagnoser mv. Primærhelseteamet er befolkningens primære kontaktpunkt med helse- og omsorgstjenesten. Primærhelseteamet er dermed en form for utvidet allmennlegepraksis. I følge litteraturen består kjernen i primærhelseteamet av allmennlege, sykepleier og administrativt personell. Ut over dette kan teamet ha en rekke andre deltakere, enten som fast deltaker eller tilknyttet. Lokale behov og oppgaver avgjør. Jo større og mer robuste primærhelseteam, jo flere funksjoner kan disse ivareta.

Primærhelseteam har koordineringsansvar for sin populasjon. Mange steder etableres i tillegg egne team for tydelig definerte brukergrupper med særlig sammensatte og komplekse behov (f.eks. skrøpelige eldre med stort forbruk av tjenester, personer med demens, kreft, alvorlig psykisk lidelse, se kapittel 13.3). Slike team for særlige brukergrupper er ofte ledet av sykepleiere, og har som oppgave å bidra til at ulike tjenester brukerne har behov for, ofte på døgnbasis, er samordnet. Primærhelseteamene er en viktig samarbeidspartner for mange.

Utviklingen innenfor fastlegetjenesten går i retning av færre solopraksiser og flere gruppepraksiser. Å samlokalisere personer med samme fagbakgrunn gir likevel ikke en teambasert tjeneste. For å få etablert primærhelseteam i Norge, må fastlegenes praksis utvides med andre personellgrupper. Men heller ikke det er nok. Av inter-

nasjonal litteratur fremgår at reelle team bl.a. krever felles mål, felles ansvar og felles belønning. Rammebetingelser, både i form av regelverk og finansiering, tilgang til informasjon, samt kvalitetsmål/-indikatorer, bør brukes for å legge til rette for etablering av reelle team.

Etablering av primærhelseteam vil bidra til mer koordinerte tjenester, muliggjøre større bredde i tjenestetilbudet og bidra til riktigere arbeidsdeling mellom personellgrupper og dermed bedre bruk av de samlede ressurser. På denne måten kan man utvikle et bedre tjenestetilbud til alle innbyggere og spesielt til grupper som har behov for forebyggende tilbud, god opplæring for egenmestring og tettere oppfølging enn de får i dag, inkludert flere tjenester i eget hjem. Gevinstene kommer ved at oppgaver som i dag inngår i fastlegenes ansvar, jmfør fastlegeforskriften, men som i varierende grad utføres, vil bli bedre ivare tatt. Det er flere årsaker til at tjenestene i dag ikke alltid utføres. En medvirkende grunn er dagens finansieringsordning, der enkelte oppgaver ikke er finansiert med egne takster. Men viktigst er nok at fastleger opplever at de ikke har tid/kapasitet. Fastlegene rapporterer en arbeidstid på i gjennomsnitt 46 timer i uken og gir uttrykk for at deres kapasitet er på strekk. Dette til tross for at Norge har en høy allmennlegedekning sammenliknet med andre OECD-land, og at norske fastleger i gjennomsnitt har kortere lister enn sine kolleger i andre land. De har også færre andre helsepersonell i sin praksis de kan dele oppgavene med. I andre land utfører sykepleiere og andre personellgrupper mange av de oppgavene norske allmennleger i dag utfører. Oppgaver som kan ivaretas av sykepleiere er f.eks. forebyggende konsultasjoner og opplæring av pasienter med kronisk sykdom. F.eks. kan pasienter med diabetes få opplæring i å måle og regulere blodsukkeret og kostveiledning. Pasienter med kols kan få opplæring i bruk av spirometri, hjelp til røyksslutt og motiveres til fysisk aktivitet. Slik opplæring kan gis i form av gruppetilbud. Sykepleiere kan også ivareta deler av de faste konsultasjonene og øvrige kontakter med pasienter med kronisk sykdom i tråd med faglige retningslinjer og ha dialog og samhandle med andre deler av tjenesten, slik at koordineringen bedres. Annet helsepersonell kan også ha ansvar for å ha oversikt over listepopulasjons sammensetning og behov for tjenester. De kan følge med på når pasienter utskrives fra sykehus, vurdere behovet for oppfølging fra teamet etter utskrivning og følge opp de som ikke etter spør tjenester ved å tilby konsultasjon eller hjemmebesøk.

Boks 13.1

I en rapport fra Europakommisjonen om effektive måter å investere i helse (European Commission 2014) påpekes det følgende: «Endring i hvilke roller de ulike profesjoner har kan endre primærhelsetjenesten, samtidig må tilbydere av helsetjenester ha omfattende erfaring i kommunen. Praksiser med både leger og sykepleiere er den optimale måte å tilby tjenester på, og medfører at et bredt spekter av kliniske oppgaver kan utføres i primærhelsetjenesten. På den måten økes kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet i pasientbehandlingen».

Når fastlegene avlastes for oppgaver, kan de i større grad bruke tid på mer kompliserte medisinske oppgaver og pasientgrupper på egen liste som i dag får for lite medisinsk oppfølging. Det gjelder f.eks. skrøpelige eldre og andre som har sammensatte behov, som bor hjemme, psykisk utviklingshemmede, alvorlig psykisk syke og andre mottakere av hjemmesykepleie. Det vil i tiden fremover også være behov for mer medisinsk kompetanse til lindrende behandling og til annen mer avansert medisinsk behandling i pasientenes hjem i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien. Det vil også være behov for at fastlegene i større grad bidrar med sin kompetanse i planlegging av tjenester og opplæring av annet personell i kommunen.

Ulike modeller for primærhelseteam

Etablering av primærhelseteam kan skje på ulike måter som i ulik grad vil kreve endringer i dagens fastlegeordning og finansiering. Generelt forutsettes bedre IKT-løsninger og nye arbeidsformer.

En måte å etablere primærhelseteam er ved endringer i finansieringsordningen for fastlegeordningen eller i folketrygdloven som gir fastlegene insentiv til å ansette annet personell i sin praksis. En endring i størrelsen på per capitatalskuddet vil kunne gi legene insentiv til å ansette annet personell, men det er en endring i folketrygdloven som best vil legge til rette for en effektiv arbeidsdeling fordi annet personell da vil skape inntjening for praksisen når de utfører oppgaver. Positivt er det uansett at personellet jobber i fastlegepraksisen og deler journaldata med legen. En slik modell kan legge til rette for større bredde i tilbudet og bedre samhandling med andre deler

Boks 13.2 Hva bidrar til kvalitet i tjenestene fra allmennleger/ primærhelseteam?

Forskning kan oppsummeres slik:

- En tydelig leder av praksisen og utvikling av en felles visjon og samstemt praksis
- Klima for arbeid i team
- Tilstedeværelse av andre helsepersonellgrupper
- Behandling delegert til legens medarbeidere
- Lengre konsultasjonstid
- Større praksiser (gir bedre oppfølging av pasienter med kronisk sykdom)
- Mindre praksiser (gir bedre tilgjengelighet)

Kilde: Anders Grimsmo

av tjenesten, da det nye personellet kan ivareta deler av dette og legene avlastes. Ulempen med modellen er at teamets medlemmer ikke vil være felles ansvarlige for tjenestene. Det skyldes at fastlegene fortsatt vil være juridisk ansvarlige for tjenestene til listeinnbyggerne, jamfør dagens fastleg forskrift og deres individuelle avtaler. Annet personell vil være fastlegenes hjelpepersonell og ikke likeverdige teammedlemmer.

Det kan i tillegg vurderes, slik Legeforeningen foreslår i innspill til meldingen og i sin utviklingsstrategi for fastlegeordningen, å innføre avtaler på praksisnivå i tillegg til de individuelle fastlegeavtalene. I praksisavtalene kan det bl.a. stilles krav til tilgjengelighet og ledelse.

En annen tilnærming er at kommunene ansetter personell og inngår avtaler med fastleger om hvilke oppgaver personellet skal utføre og hvordan fastlegene og personellet skal samarbeide. Aktuelle oppgaver kan være å ha oversikt over listeinnbyggers behov (ev. innkalling ved behov), forebyggende konsultasjoner og oppfølging av personer med kroniske lidelser. Fordelelene med modellen er at fastlegene blir avlastet for oppgaver, samtidig som det kommunalt ansatte personellet kan utføre tjenester som i dag ikke finansieres av folketrygden (forebygging) og styrke samhandlingen med andre deler av tjenestene. På den annen side er samarbeidende personell ikke en del av praksisen. Dette kan gi merarbeid for fastlegen ved at oppgavedelingen må avtales. Hvem som formelt står ansvarlig for tjenestene som leveres må avklares, jamfør at fastlegene

fortsatt formelt er ansvarlig for flere av de tjenestene som skal leveres. Dette er hovedulempen med modellen. En annen part har styringsrett og arbeidsgiveransvaret for personellet som arbeider innenfor fastlegenes ansvar.

En tredje løsning er at kommunene ansetter fastleger på fast lønn. Det gir kommunene større mulighet til å styre deres aktivitet, og deres samhandling og oppgavedeling med andre personellgrupper vil i mindre grad styres av hva som gir økonomisk inntjening. Om lag 5 pst. av fastlegene er fast ansatt, og tilbakemeldingen som gis er at samhandling bedres. Modellen krever ingen endringer i regelverket. Ulempen med modellen er at det er mer økonomisk gunstig for kommunene at tjenester leveres av legene (som utløser refusjoner) og ikke av annet personell, noe som kan motvirke riktig oppgavedeling og reelt teamarbeid.

Et annet alternativ er at kommuner etablerer primærhelseteam på siden av fastlegeordningen ved å ansette leger på fast lønn uten fastlegeavtale og etablerer team rundt disse legene. Slike team kan få ansvar for oppgaver man i dag mener trenger å styrkes, f.eks. tjenester til brukere med behov for flere kommunale tjenester av lengre varighet. Teamene vil i prinsippet være en blanding mellom primærhelse- og koordineringsteam, da de vil ha ansvar for utvalgte grupper eller oppgaver. De vil utføre oppgaver som i dag ligger innenfor fastlegenes ansvarsområde, men uten å ha et listeanvar. Alle innbyggere vil i tillegg ha en fastlege. De eneste oppgavene som i dag formelt faller utenfor fastlegenes listeanvar, er legetjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og til personer som bor i kommunal institusjon, sykehjem eller er i fengsel. Man etablerer dermed et nytt allmennlegetilbud parallelt med fastlegens ansvar og oppgaver.

En fordel med modellen er at den ikke krever endringer i regelverk og/eller finansieringsordninger. I prinsippet kan kommunene gjøre dette i dag. Modellen legger til rette for å styrke tjenester der det etterspørres mer legeressurser, bl.a. i sykehjem. Den legger godt til rette for reelt teamarbeid, bedre samhandling med andre deler av de kommunale tjenestene og kommunal styring av teamet. Det er imidlertid to viktige ulemper. For det første utfordres kjernen i fastlegeordningen, dvs. kontinuitet og retten til en fast lege. Pasienter må forholde seg til flere leger. Modellen uthuler dermed fastlegeordningen og gir en lite effektiv bruk av de samlede legeressurser. For det andre må kommunene betale dobbelt for tjenester. De er pliktige å ha fastleger til alle sine innbyggere. I til-

legg vil de i denne modellen ansette og lønne leger (og andre teammedlemmer) til å utføre oppgaver fastlegene skal utføre ifølge fastlegeforskriften. Dersom man mener at fastlegeordningen ikke fungerer mht. å løse prioriterte oppgaver, bør ordningen justeres istedet for å undergraves. Det er behov for flere legeressurser både til de oppgaver som i dag ligger utenfor fastlegenes listean svar, og til oppgaver som inngår i listeansvaret. Legeressursene må derfor brukes på en mest mulig rasjonell måte og annet helsepersonell bør overta oppgaver de kan utføre på en like god eller bedre måte enn legene.

Den mest fremtidsrettede måten å etablere primærhelseteam på, er gjennom endringer i regelverk og finansiering. Da kan teamets medlemmer sammen være ansvarlige for de tjenester teamet skal levere. I tillegg må finansieringen gjøres uavhengig av hvilke deler av teamet som utfører oppgaven. Kommunen inngår da avtale med praksisen/teamet, ikke den enkelte lege/tjenesteyter. Teamet får ansvar for en bestemt populasjon/liste. Retten til en fastlege kan viderføres ved at befolkningen kan velge fastlege i praksisen, som har felleslister, eller de kan velge praksis. Det kan stilles krav til sammensetning av teamet, kompetanse, ledelse og til tjenester teamet skal levere. Team kan drives som selvstendig næringsvirksomhet slik fastlegepraksis er i dag. Kommunene kan bruke den lokale avtalen med praksisen til å tilpasse teamet og innholdet i tjenesten etter lokale behov (dvs. at kravene i forskriften er en minstandard). F.eks. kan kommunene vurdere om de ønsker at teamet skal ta ansvar for andre allmenne legeoppgaver, som legetjenester i sykehjem, ha ansvar for veiledning osv. På denne måten kan kommunen sikre et tettere samarbeid mellom omsorgstjenesten og primærhelseteamet og bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse. Avtalestruktur må utredes nærmere.

Fordelen med denne modellen er at den legger til rette for effektiv bruk av samlede personellressurser og for nye arbeidsformer/tjenester. Den vil i større grad enn de øvrige modellene sikre reelle team og legge til rette for en fleksibel utvikling av teamene i tråd med endringer i befolkningens behov i årene fremover. Modellen gir gode muligheter for forebyggende aktivitet, proaktivitet og koordinerte og helhetlige tjenester. Modellen muliggjør kommunal styring av aktiviteten gjennom avtalen med praksisen/teamet. Denne modellen er samtidig den mest krevende å innføre og vil fordre omfattede utredninger og endringer både i regelverk og finansieringsordninger. Modellen kan kombineres med de øvrige

modeller, dvs. at man kan videreføre dagens fastlegeordning, og ev. i tillegg gjøre endringer i finansieringsmodellen for fastlegene, slik at disse kan ansette hjelpepersonell. For alle modeller som baserer seg på selvstendig næringsvirksomhet og trygdefinansiering, som denne, er det imidlertid et problem at folketrygdloven i dag ikke finansierer forebyggende virksomhet. Disse oppgavene kan derfor ikke takstfinansieres.

Ledelse av team

Team må ledes. Ledelsen av primærhelseteamene kan finnes på to nivåer. Det ene nivået er virksomhetsledelsen, dvs. ledelse av praksisen der teamet, eventuelt flere team, arbeider. Virksomhetslederen vil ha ansvar for at virksomheten samlet ivaretar sine forpliktelser etter lover, regler og avtaler. I dagens fastlegepraksiser er denne ledelsen utydelig fordi virksomheten ikke har noe definert samlet ansvar. Dette vil endre seg dersom kommunene inngår en avtale med praksisen i tillegg til den enkelte lege, slik Legeforeningen foreslår. Mange avtalenivåer kan likevel skape uklarheter. Disse uklarhetene unngår man med modellen beskrevet ovenfor, der det bare inngås en praksisavtale. I denne modellen blir det lett å plassere ansvaret og ledelsen av all virksomhet i praksisen, både den faglige og den administrative. Det andre nivået gjelder den faglige virksomheten til det enkelte primærhelseteam. Teamet bør ha et felles ansvar for helheten og felles mål, selv om mange av de daglige oppgavene løses av det enkelte teammedlem individuelt. Det krever at det etableres rutiner og tydelig oppgavedeling og derfor ledelse. Ut over dette vil helsepersonellovens § 4 gjelde, dvs. at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

En fast lege, koordinering og portvokterrollen

Kjernen i fastlegeordningen er retten til å ha en fast lege. Å ha en fast lege har vist seg å være en kvalitet (Starfield 2011). Det kan hevdes at denne retten utfordres dersom fastlegetjenestene skal leveres av et team. Når oppgavene deles mellom teammedlemmene, vil det ikke være slik at bruke-

ren alltid treffer sin faste lege. Teammedlemmet vil imidlertid ha tilgang til journalen og dermed være kjent med sykehistorien, og over tid vil det utvikles personlige relasjoner til flere enn legen. Det er imidlertid opplagt at man her må veie ulike hensyn, den personlige relasjonen til *en* lege, mot en mer effektiv arbeidsdeling og bruk av personellressurser, bedret tilgjengelighet og større bredde i tilbudet. En faktor i denne sammenheng er at fastleger allerede i dag i noen grad arbeider innenfor en flerlegepraksis og selv mener dette høyner kvaliteten. Det viktigste er imidlertid hva brukerne ønsker. Hva er viktigst? Svaret vil antagelig variere avhengig av alder, kjønn og helsetilstand. For noen grupper vil rask tilgang og mulighet for å få time utenfor arbeidstid være viktigere enn å møte samme lege/helsepersonell hver gang.

Teamorganisering legger til rette for bedre koordinering av tjenestene til listeinnbyggerne. Andre tiltak i meldingen kan imidlertid svekke koordineringsmuligheten og fastlegens/ primærhelseteamets rolle som portvokter, begge deler egenskaper som har vært tillagt stor vekt i fastlegeordningen. Det gjelder blant annet forslaget om direkte tilgang til fysioterapi og henvisningsrett for psykologer. Regjeringen mener dette allikevel er riktige tiltak. Målet må være å sikre reell koordinering av tjenestene til dem som trenger det mest, dvs. brukere med kronisk sykdom og dem med store og sammensatte behov. Bare da vil det bli kvalitet i tjenestetilbudet. I dag opplever mange av dem svikt i koordineringen og derfor tjenestene som fragmenterte. Som beskrevet i avsnittet om samlet utfordringsbilde (kapittel 4), har ulike brukergrupper ulikt behov for koordinering. Disse tiltakene, som etablering av primærhelseteam, vil medføre mer effektiv bruk av de samlede personellressursene. Behovet for legekonsultasjoner går ned, og ressursene i teamet kan brukes mer effektivt til å følge opp og koordinere tjenestene til dem som virkelig har behov for det. Brukere som generelt er friske, men har episoder med forbigående sykdom, har langt mindre behov for koordinering. For dem kan lett tilgjengelighet være langt viktigere, slik at plagene raskt avklares og behandles og skole- eller jobbfravær reduseres. Det betyr også at selv om flere får mulighet til å henvise, og tilgjengeligheten øker, noe som i teorien kan øke bruken av både primær- og spesialisthelsetjenester, kan tiltakene være samfunnsøkonomisk lønnsomme. Mer moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi vil gjøre utveksling av informasjon mellom tjenestey-

tere mulig, slik at tilstrekkelig koordinering kan skje uten bruk av legekonsultasjoner.

Brukere med de aller mest sammensatte behovene kan ha behov for koordinering ut over den som kan ivaretas av primærhelseteamet. Regjeringen mener imidlertid at det er et mål at de ordinære tjenestene skal fungere godt for flest mulig. Desto flere særlige team og koordinatorordninger man etablerer for særlige brukergrupper (f.eks. kreft, palliasjon, demens), desto mer løftes kompetansen og ansvaret ut av de ordinære tjenestene, og faren for fragmentering og koordineringsproblemer øker. Regjeringen mener derfor at når spesialisthelsetjenesten jobber ambulant, som vil bli svært viktig i årene fremover, må primærhelseteamet kobles på i tjenesteytingen. Det vil bedre koordineringen mellom nivåene, kompetanse vil overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelseteamene og mer av den medisinske oppfølgingen vil etter hvert kunne skje i kommunene.

13.3 Team for særlige brukergrupper – oppfølgingsteam

I tillegg til primærhelseteam etableres det i mange land ulike typer flerfaglige team. Teamene har som formål å yte, koordinere og tilrettelegge tjenester for en selektert og tydelig definert gruppe. Det kan være brukere med sammensatte og komplekse behov som har behov for et bredt sett med helse- og omsorgstjenester, og gjerne også andre tjenester f.eks. skrøpelige eldre, alvorlig psykisk lidelse. Formålet med teamene er både koordinering og å yte tilrettelagte, flerfaglige tjenester. En slik teambasert tilnærming kan bidra til at pasientene kan behandles i eget hjem i stedet for på sykehus eller annen institusjon. Teamet ledes ofte av sykepleiere, ev. med tilleggsutdanning. I tillegg inngår ofte sosialfaglig personell og fysio- og ergoterapeut. Sammensetningen varierer avhengig av brukergruppen. Teamet kartlegger brukernes mål og behov og tilrettelegger og skreddersyr et tilbud ut fra dette. Teamet yter ofte selv store deler av tjenestene, i tillegg til å ta ansvar for å koordinere helheten gjennom å samarbeide med andre kommunale tjenester/sectorer og spesialisthelsetjenesten. Når spesialisthelsetjenesten deltar, legges det til rette for kompetanseoverføring til kommunene.

Slike flerfaglige team finnes i dag i mange kommuner. Det varierer om teamene er utformet med utgangspunkt i diagnose og behov (demens-team, kreftteam, palliasjonsteam), eller om de er

diagnoseuavhengige. Team for brukere med sammensatte behov i kommunene bør baseres på funksjon og behov, ikke diagnose (se også kapittel 24). Slike team kan kalles oppfølgingsteam. Etablering av oppfølgingsteam vil bidra til å sikre koordinering og systematisk vurdering av brukernes behov. På grunnlag av vurderingene etableres nødvendig strukturert oppfølging. Oppfølgings-teamet må knytte til seg og samarbeide med den kompetansen som er nødvendig for den enkelte brukeren. Fastlegene vil alltid være en viktig samarbeidspartner. For mange brukere vil også personell fra spesialisthelsetjenesten være viktige støttespillere.

Boks 13.3 Regjeringen vil:

- Stimulere til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene.
- Utrede hvordan den kan legge til rette for etablering av primærhelseteam gjennom endringer i regelverk. Det vises også til kapittel 14 om finansiering av team, forebygging og nye arbeidsformer.
- Legge til rette for etablering av oppfølgingsteam for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov i kommunene.
- Legge til rette for etablering av mer ambulant behandling i form av flerfaglige ambulante team der spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider sammen på en måte som styrker tjenestetilbudet, bedrer koordineringen og sikrer kompetanseoverføring mellom nivåene.

14 Finansiering av team, forebygging og nye arbeidsformer

Forebygging skjer på ulike måter og i ulikt omfang i tjenestene. Det handler både om å forebygge risiko for og utvikling av sykdom, skade og sosiale problemer (primær- og sekundærforebygging) og å forebygge forverring hos personer med etablert sykdom og tjenestebehov (tertiærforebygging). Mye forebygging skjer i form av behandling og oppfølging (som f.eks. blodtryksbehandling).

Ett av flere hovedmål for fremtidens primærhelsetjeneste er å forebygge mer på en kunnskapsbasert og kostnadseffektiv måte. Det er ønskelig at tjenestene bidrar til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester. Dette kan oppnås ved en mer aktiv tilnærming til personer og/eller grupper som er i risikozonen for å utvikle sykdom, eller som allerede har sykdom. God opplæring av pasienter er i tillegg viktig for at pasienter skal unngå forverring og mestre livet med sykdom.

Å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer inngår i kommunenes ansvar (helse- og omsorgstjenestelovens § 3-3 første ledd). Forebygging av sykdom er også et ansvar for fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven. Dette skal bl.a. skje ved opplysning, råd og veiledning. Det er et politisk mål å styrke disse tjenestene. Etter at ny helse- og omsorgstjenestelov trådte i kraft i 2012, er forebygging også omfattet av forsvaretskravet. Det betyr at det ikke bare er det enkelte tiltak som må være forsvarlig, men også prioriteringen og organiseringen som skal sikre at tiltak blir iverksatt på det mest effektive stadium i utviklingen av sykdom.

Ved å etablere primærhelseteam vil det legges til rette for mer forebygging, proaktivitet og egenmestring. Hvis disse teamene skal baseres på privat næringsvirksomhet og trygdefinansiering, er det et problem at folketrygdloven i dag ikke finansierer forebyggende virksomhet og heller ikke åpner for at tjenester kan utføres av annet personell enn de som idag kan utløse refusjoner.

Kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder forebyggende aktivitet, er i dag i hovedsak finansiert gjennom kommunens frie inntekter, dog slik at flere av tjenestene har brukerbetaling i

tillegg. En del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, i hovedsak fastleger, legevakt og avtalebasert fysioterapi, finansieres i betydelig grad over folketrygden og er basert på stykkprisrefusjon per ytelse der flere av tjenestene også har en egenandel. Av formålsbestemmelsen til kapittel 5 i folketrygdloven om stønad ved helsetjenester, fremgår det at formålet er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd. Det ytes kun stønad ved undersøkelse og behandling hos yrkesgrupper nevnt i loven.¹ Det settes også andre vilkår for å få stønad. For å få stønad til dekning av utgifter til f.eks. fysioterapi må det foreligge en henvisning, og fysioterapeuten må ha avtale med kommunen. Vilkårene for de øvrige følger av loven eller av forskrifter gitt i medhold av loven. Vilkårene i loven medfører flere utfordringer for fremtidig ønsket utvikling i tjenesten. For det første dekkes ikke forebyggende konsultasjoner av folketrygden, jf. ovennevnte formålsbestemmelse. Dette gjelder helsetjenester der personer innkalles, eller selv tar kontakt for samtale, råd og veiledning (og ev. undersøkelse), men der det ennå ikke foreligger (mistanke om) sykdom, skade eller lyte. Lege/fysioterapeut kan i slike tilfeller heller ikke ta betalt i form av egenbetaling fra bruker. Det antas at konsultasjonstakst benyttes i en del tilfeller der tjenesten er av (sekundær) forebyggende karakter. Et eksempel som illustrerer problemstillingen, er dagens takst for røykeavvenning. Den kan utløses først når pasienten har røkt så lenge eller mye at det har utløst sykdom. Andre utfordringer med dagens folketrygdlov, er at den setter begrensninger for utvikling av nye arbeidsformer ved at f.eks. gruppetilbud ikke dekkes. Loven bestemmer hvilke yrkesgrupper som må utføre tjenesten for at refusjon skal mottas. Dette må ses

¹ Personellgruppene som nevnes er leger, tannleger, tannpleiere, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer, ortoptister og jordmødre. I tillegg dekkes utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog og utgifter til legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmaterieil.

i sammenheng med at man da loven ble etablert, ble tjenester levert av en og en tjenesteyter som arbeidet alene. Slik er det ikke i dag. Dagens utforming av loven hemmer ny og mer hensiktsmessig og fleksibel arbeidsdeling mellom yrkesgrupper, og derigjennom etablering av primærhelseteam og tverrfaglig samarbeid.

Folketrygdfinansieringen gjør det relativt sett billigere for kommunene å ansette eller inngå avtale med personell som kan utløse trygderefusjoner, enn å ansette personell som fullfinansieres av kommunen. I sistnevnte kategori tilhører helse-søstre, jordmødre, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, psykologer mv.

For å oppnå en økt innsats på forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten, kan en løsning være å finansiere forebyggende tjenester på samme måte som konsultasjoner og behandlinger. Å utforme takster for avgrensede aktiviteter er imidlertid vanskelig. Det vil gjelde forebyggende tiltak, på lik linje med diagnostikk og behandling. Alternative løsninger og mulige endringer må utredes grundig før det tas stilling til retningsvalg. Endringer vil kunne ha betydelige økonomiske konsekvenser. Følgende modeller kan være aktuelle for videre utredning:

- Avvikle folketrygdfinansieringen for kommunale helsetjenester og samle sørge-for og finansieringsansvar for alle helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå.
- Endre folketrygdloven slik at forebyggende aktivitet kan finansieres av folketrygden og endre lovbestemmelsene om hvilke yrkesgrupper som kan utløse trygderefusjon.
- Endre folketrygdloven slik at annet personell, i samarbeid med fastleger, kan ivareta sekundær- og tertiærforebygging (oppfølging av personer med kroniske sykdommer).

Å legge finansieringsansvaret til den som er tillagt ansvar og beslutningsmyndighet for en oppgave, vil være i tråd med det finansielle ansvarsprinsipp og med kommunereformens mål om større ansvar og frihet for mer robuste kommuner. Alle typer tjenester vil med dette alternativet i prinsippet være like kostbare for kommunene. Det vil da være mer lønnsomt å satse på forebygging, proaktiv oppfølging og riktigere arbeidsdeling. Kommunene vil fortsatt kunne basere seg på kjøp fra private. Det vil også være mulig å videreføre et takstbasert finansieringssystem, samtidig som finansieringsansvaret og den økonomiske risi-

koen legges til kommunene. Dette vil frigjøre eventuelle takstsystem fra folketrygdloven, og det vil da måtte være kommunene som velger om annet personell skal få (egne) refusjoner og om det skal være takster for forebyggende aktivitet. Regjeringen mener denne løsningen forutsetter større og mer robuste kommuner, og derfor ikke er aktuell før etter kommunereformen er gjennomført. Før en eventuell omlegging må alle sider ved forslaget nøye utredes.

Gitt videreføring av folketrygdfinansiering, vil en større endring av folketrygdloven (utvidelse av formål og grupper som kan utløse refusjoner), være i tråd med en moderne innretning av tjenesten i form av team og gi insentiv til at det etableres nye tilbud i tråd med regjeringens mål. En slik endring vil medføre vesentlig økte statlige utgifter til trygderefusjoner for tjenester kommunene har ansvar for. Omfanget av utgiftsveksten kan bli vanskelig å kontrollere siden folketrygden er en overslagsbevilgning. I den grad folketrygden overtar finansieringen av oppgaver kommunene i dag har ansvar for, vil det måtte vurderes å flytte penger fra kommunerammen til folketrygden.

En mer begrenset omlegging av folketrygdfinansieringen vil være å gi sykepleiere som arbeider ved fastlegekontor rett til å utløse definerte takster, f.eks. for å ivareta sekundær- og tertiærforebygging. Dette kan skje uten å endre formålsparagrafen og kan bidra til et bedre tilbud til pasienter med kronisk sykdom. Alternativet vil ikke løse det grunnleggende problemet med at pasienter må bli syke før det kan utløses takster for oppfølging. Også dette alternativet vil ha økonomiske konsekvenser for staten og krever utredning og konsekvensanalyser.

En omlegging av folketrygdloven må utredes. Fordeler og ulemper med ulike modeller må belyses og økonomiske konsekvenser kartlegges og vurderes.

Boks 14.1 Regjeringen vil:

- Ta sikte på å endre folketrygdloven for å legge til rette for primærhelseteam, forebygging og ny arbeidsdeling. Endringer må utredes før det tas endelig stilling til en eventuell omlegging og omfanget av denne.

15 Kompetanse

Regjeringen vil styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De ansatte er tjenestens viktigste ressurs. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er personellintensive tjenester, og tjenestenes kvalitet er avhengig av personellens kvalifikasjoner, kunnskap og holdninger. God kompetanse på riktig nivå og sted og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester.

Regjeringen vil utvikle en egen plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, Kompetanseløft 2020.

Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for å kunne levere trygge og sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Kunnskapsbasert praksis er en syntese av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og bruker-kunnskap. Gode pasientforløp er kjennetegnet ved at tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede.

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell i grunn-, videre- og etterutdanning. Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Når forskning er en integrert del av praksis, blir personellet faglig oppdatert, og det gir et bedre grunnlag for å drive kunnskapsbasert undervisning og veiledning.

15.1 Status og utfordringer

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor kompetanse- og personellmessige utfordringer som har betydning for både kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet. Utfordringene dreier seg både om å få nok arbeidskraft, og at arbeidskraften har riktig kompetanse. Å styrke kompetansen fordrer systematiske tiltak som gjør det attraktivt å jobbe i kommunene, som øker og utvikler kompetansen til eksisterende personell og bedre utnytter den kompetansen som allerede finnes.

Det trengs oppdatert informasjon om personell- og kompetansebehov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Norge har en generelt høy dekning av de fleste helsepersonellgrupper sammenliknet med de andre nordiske landene. I kommunale helse- og omsorgstjenester er imidlertid om lag en fire del av årsverkene i den brukerrettede delen av tjenestene uten helse- og sosialfaglig utdanning. Analyser og framskrivninger viser at kommunene vil stå overfor utfordringer med å skaffe tilstrekkelig og kompetent bemanning i tjenestene i årene som kommer. F.eks. vil det være en betydelig underdekning av sykepleiere og helsefagarbeidere, samt noe mangel på aktivatorer, helsesøstre, jordmødre og leger. Helsedirektoratet har påpekt mangel på ernæringskompetanse i primærhelsetjenesten. Det vises til en omfattende beskrivelse av personell- og kompetanseutfordringene i sykehjem, hjemmetjenestene og andre omsorgstjenester i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd påpeker at de helse- og sosialfaglige utdanningene ikke i tilstrekkelig grad møter behovet for kompetanse i tjenestene. Det skyldes blant annet at utdanningene ikke er tilstrekkelig tilpassningsdyktige overfor utviklingstrekk og endringer som har hatt og fortsatt vil ha konsekvenser for kompetansebehovene. Utdannings-systemene må innrettes slik at det ikke skapes uhensiktsmessige skiller mellom ulike personellgruppers kompetanse og dermed hvilke oppgaver de kan utføre. Behovet for samhandlingskompetanse, teamarbeid og flerfaglighet tilsier at grunn- og videreutdanninger bør innrettes slik at ulike yrkesgrupper får et nødvendig felles kompetansegrunnlag uavhengig av studieretning. Som en oppfølging av Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd har Universitets- og høyskolerådet fått i oppdrag å gjennomføre prosjektet Felles innhold. Målet med oppdraget er å foreslå hva som skal være felles innhold og hvordan tverrprofesjonell samarbeidslæring kan integreres i helse- og sosialfagutdanningene.

Omfanget av praksis og type praksisarenaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten varierer mellom ulike grunnutdanninger og innen de enkelte utdanningene. Generelt er det bare en liten del av praksisdelen som foregår i kommunene. Tilsvarende gjelder for tannhelsefagutdanningen og omfanget av praksis i fylkeskommunene. Det pågår et tverrdepartementalt arbeid som oppfølging av Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd for at mer av praksisdelen skal skje i kommunene.

Kommunene ivaretar brukere og pasienter med stadig mer sammensatte og komplekse behov. Mens det i tjenestene til barn og unge nesten bare jobber sykepleiere med videreutdanningutdanning (helsesøstre og jordmødre), er andelen sykepleiere med videreutdanning i hjemmetjenestene og sykehjem lav. Utviklingen går imidlertid i riktig retning. Den prosentvise veksten i spesialsykepleiere i disse tjenestene var i 2013 høyere enn veksten i sykepleiere totalt.

Også i kommuneledelsen er det behov for endret og økt kompetanse. Det er behov for kompetanse om forvaltning, planarbeid, kvalitetsforbedringsarbeid, organisering av tjenestene, folkehelsearbeid og samhandling. Dette omtales nærmere i kapittel 16 om ledelse.

Samarbeid og kompetansedeling, både innad i kommunale helse- og omsorgstjenester og mellom disse tjenestene og spesialisthelsetjenesten foregår i dag, men ikke i tilstrekkelig grad. Manglende samarbeid og kompetansedeling kan skyldes en rekke forhold; rolleforståelse, kultur, mangelfull tilrettelegging, opplevd tidspress, finansieringsordninger og manglende forankring i ledelsen.

Kvinner utgjør en høy andel av ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet vil i løpet av 2015 legge fram en melding til Stortinget om likestilling mellom kvinner og menn. Denne meldingen vil se nærmere på det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og bruk av deltid særlig innenfor kvinne-dominerte yrker.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i for liten grad kunnskapsbaserte. I tråd med HelseOmsorg21-strategien er det behov for et langsiktig løft for forskning og innovasjon, for å frembringe mer kunnskap om bl.a. innhold, organisering og kvalitet på tjenestene.

15.2 Kompetanseløft 2020

Regjeringen har i Prop. 1 S (2014–2015) varslet at det skal utvikles en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Regjeringen foreslår at planen utvides til å omfatte hele den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Kompetanseløft 2020 skal inneholde langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

15.3 Utdanning, kompetansekrav og kompetanseutvikling

Regjeringen vil at de helsefaglige utdanningene i større grad må tilpasses dagens og morgendagens kompetansebehov. For å rekruttere, dyktiggjøre og beholde studenter og ansatte må kommunene bli en mer attraktiv praksisarena og arbeidsplass. Oppfølging av studenter og ansatte må settes bedre i system. Regjeringen mener det bør etableres ordninger for gjensidig erfaringsutveksling mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten.

Grunnutdanningene

Et hovedbudskap i Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd, er at utdanning og forskning skal fremskaffe kunnskap og kompetanse som er innrettet mot befolkningens behov i større grad enn i dag. Et bedre samspill mellom utdanningssektoren og tjenestene er nødvendig for lykkes med dette. Som en oppfølging av Meld. St. 13 vurderer regjeringen hvordan et system for læringsutbytte kan utformes.

Regjeringen vil ta initiativ til å vurdere utvalgte helsefaglige grunnutdanninger. Hensikten er å bidra til at utdanningene har tilstrekkelig kvalitet og gir kandidaten god sluttkompetanse. Vurderingen bør fokusere på områder med dokumenterte svakheter eller risiko. For sykepleierutdanningen bør det f.eks. vurderes om søkerne har gode nok kunnskaper i basisfagene matematikk, engelsk og norsk til å bli uteksaminert med tilstrekkelig kunnskap. På bakgrunn av dette arbeidet vil regjeringen vurdere endringer i opptakskrav ved årlig revurdering av opptaksforskriften.

Nasjonale deleksamener vil gi nyttig informasjon om studentenes kunnskapsnivå, og fagmiljøene kan sammenlikne seg med tilsvarende fagmiljøer.

jører ved andre institusjoner, slik at de har et grunnlag for forbedringsarbeid. Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (Nokut) gjennomfører et pilotprosjekt om nasjonale deleksamener for enkelte profesjonsfag. Regjeringen har sendt på høring et forslag om å endre rammeplan for sykepleiere slik at rammeplanen åpner for nasjonale, obligatoriske deleksamener.

Praksis i utdanningene

Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd slår fast at studenter ved de helse- og sosialfaglige utdanningene har for lite og for dårlig praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for lite praksis i den fylkeskommunale tannhelse-tjenesten.

Praksis for studenter bidrar til kunnskap, ferdigheter og holdninger og er en sentral del av utdanningene. Praksis kan også bidra til positive synergieffekter mellom praksissted og utdanningsinstitusjon. Gode praksissteder kan virke rekrutterende. HelseOmsorg21-strategien påpeker at kommunale helse- og omsorgstjenester må styrkes som utdanningsarenaer, for å gjøre utdanningene mer relevante for kommunenes behov. Teamorganisering kan gi bedre kvalitet på studentenes praksis og være rekrutterende. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet vil samarbeide om mulig lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for praksis som ledd i oppfølgingen av meldingen nevnt ovenfor.

For at praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra til bedre kvalitet i utdanningen, må det være god nok kvalitet på praksisstudiene. På oppdrag fra Kunnskapsdepartementet har Universitets- og høyskolerådet fått ansvar for å gjennomføre et nasjonalt utviklingsprosjekt Kvalitet i praksisstudier for å bidra til å bedre kvaliteten og sikre relevansen i praksisstudiene.

Videreutdanninger for helse- og sosialpersonell

Det finnes en rekke videreutdanninger av ulik lengde og på ulikt nivå for helse- og sosialpersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legene har én klinisk videreutdanning, spesialiteten i allmennmedisin. For sykepleiere eksisterer det en rekke videreutdanninger som dekker avgrensede fagområder.

Regjeringen vil vurdere om dagens videreutdanninger møter det reelle behovet i tjenesten. Ny organisering av tjenestene i team vil føre til at personellgrupper får nye roller og oppgaver. For å fylle disse rollene er det behov for økt klinisk

Boks 15.1 Nurse practitioners

Nurse practitioners har fått en utvidet rolle i helsetjenesten i flere land. En nurse practitioner er definert som en autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskap på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon. Mastergrad anbefales som minstekrav (Schober og Affara 2006). Denne typen videreutdanning hadde sitt utspring i USA i 1965 og er siden blitt innført i en rekke land. Forskning viser at pasienter ofte er mer fornøyd med en tjeneste som er ytt av en slik klinisk ekspertsykepleier, enn om en lege hadde utført den. En klinisk ekspertsykepleier bruker ofte mer tid på den enkelte pasient. Studier viser også at det ikke er funnet negative helseeffekter av at nurse practitioners har utført oppgaven fremfor en lege (Bakerjian 2008, OECD 2010, Stanik-Hutt m.fl. 2013).

kompetanse, for noen på masternivå. Regjeringen mener at det etter modell av nurse practitioners (se boks) bør utredes etablering av nye kliniske videreutdanninger for sykepleiere på mastergradsnivå rettet mot oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. På sikt kan etablering av tilsvarende mastergradsutdanninger på minimum 120 studiepoeng vurderes også for andre profesjonsgrupper. Det er også ønskelig at utdanningsinstitusjonene selv utvikler studietilbud om brede kliniske videreutdanninger for sykepleiere, og eventuelt andre grupper, på mastergradsnivå.

Det er behov for mastergradsutdanninger som gir fordypning og kompetanse på bredere fagområder enn det som er tilfelle med mange av dagens videreutdanninger. Det er viktig at personell med breddekompetanse på høyt nivå kan bidra til at brukere med sammensatte behov mottar gode og trygge tjenester. Regjeringen mener det er formålstjenlig med et begrenset antall nye utdanninger på mastergradsnivå. Få videreutdanninger vil gjøre det lettere med en enhetlig nasjonal standard på utdanningene. Det bør vurderes om nye, avanserte kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå for sykepleiere (delvis) kan baseres på allerede eksisterende utdanninger. Helse- og utdanningsmyndighetene bør definere innholdet i disse utdanningene i samarbeid med tjenesten og brukerne. Eventuelle nye videreutdanninger vil kunne erstatte enkelte av dagens videreutdanninger.

En grunn til at personell i kommunene ikke tar videreutdanning på mastergradsnivå, er at de ikke får dekket det økonomiske tapet ved å ta studiepermisjon. Regjeringen har derfor etablert et lønnstilskudd til avansert klinisk masterutdanning for sykepleiere som er ansatt i kommunene. Tilskuddet gis til kommunen.

Spesialistgodkjenning

Offentlig spesialistgodkjenning gis til bestemte grupper av helsepersonell som har gjennomført en videreutdanning på et gitt nivå, og som har en særlig selvstendig yrkesrolle. Søkerens kompetanse har vært gjennom en offentlig godkjenning, slik at arbeidsgiver kan være trygg på at den ansatte, eller den de har inngått avtale med, har kompetanse på et gitt nivå. Spesialistgodkjenning vil kunne heve statusen til utdanningen og bedre rekrutteringen både til utdanningen og til tjenesten. Spesialistgodkjenning vil også gi helsemyndighetene bedre styring med innholdet i utdanningene, jf. forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell mv., som gir departementet myndighet til å fastsette nærmere regler om gjennomføring av spesialistutdanning.

Men det er også ulemper med spesialistgodkjenninger. Det er viktig å hindre at spesialisering går så langt at det medfører unødvendig oppstyking og fragmentering av tjenestene.

Regjeringen ønsker personell med bred klinisk kompetanse i kommunene. Stor bredde i kompetansen hos personellet er viktig for å møte behovene til de mange brukerne med flere og sammensatte problemer og for å skape mer helhetlige tjenester. For å stimulere en utvikling i denne retningen, vil regjeringen vurdere å bruke offentlig spesialistgodkjenning som virkemiddel. Regjeringen vil utrede om forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger skal endres slik at sykepleiere med nærmere definerte mastergradsutdanninger skal bli offentlig godkjente spesialister. Det skal også vurderes om fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi skal inkluderes. På sikt bør det vurderes om andre helsefaglige profesjoner skal få spesialistgodkjenning, dersom de har brede kliniske mastergradsutdanninger på minimum 12 studiepoeng. Arbeidet bør ses i sammenheng med EU-kommisjonens pågående gjennomgang av regulerte yrker i EØS-området.

Utvidede rettigheter

En klinisk videreutdanning på masternivå vil gi personellet mulighet til å utføre nye oppgaver. For at dette skal utnyttes på en mest mulig effektiv måte, er det nødvendig å vurdere om nye profesjoner skal få utvidete rettigheter. Mange oppgaver kan overføres uten endringer i regelverket. Slik oppgaveglidning skjer over tid i tjenesten. Andre oppgaver, som mulighet til å henvise, og rett til å forskrive legemidler, medisinsk forbruksmaterieell og næringsmidler på blå resept, innebærer en formell utvidelse av rettigheter og vil kreve endringer i regelverket.

I flere land har bl.a. jordmødre, helsesøstre, farmasøyter og kliniske ernæringsfysologer fått utvidede roller og ansvar. I Sverige gjennomfører f.eks. jordmødre gynekologiske undersøkelser og gir prevensjonsveiledning. Danmark endret regelverket i 2010, og åpnet for at autoriserte faggrupper kunne delegerer oppgaver seg imellom, f.eks. kan en lege delegerer oppgaver til andre profesjoner. I Finland har sykepleiere med definerte videreutdanninger begrenset forskrivningsrett, og de kan få utvidede ansvarsområder og oppgaver. I USA har nurse practitioners en utvidet og selvstendig klinisk rolle i behandling og diagnostisering av pasienter. I Storbritannia kan sykepleiere med videreutdanning få rett til å skrive ut medisiner. I Sverige har dietister forskrivningsrett for bl.a. næringsdrikker og kosttillegg. Sverige, Finland, Storbritannia, Australia og USA har innført direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege.

Også i Norge har det skjedd endringer. Siden 2002 har helsesøstre og jordmødre hatt rett til å foreskrive korttidsvirkende hormonell prevensjon til kvinner i aldersgruppen 16 til og med 19 år. Fra 1. januar 2015 fikk jordmødre og helsesøstre forskrivningsrett på alle typer hormonell prevensjon og kobberspiral, uavhengig av tjenestested. Manuellterapeuter og kiropraktorer kan oppsøkes direkte uten henvisning fra lege med bibehold av trygderefusjon, henvise til spesialisthelsetjenesten på muskel- og skjelettområdet og sykmelde i inntil 12 uker. Regjeringen har i Prop. 59 L (2014–2015) fremmet forslag om at psykologer kan henvise til behandling i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et forslag om at tannleger kan henvise til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten på samme vilkår som ved henvisning fra lege.

Utvidede rettigheter forutsetter god kommunikasjon og informasjonsutveksling om den enkelte

pasient mellom ulike tjenesteytere. Særlig er det viktig at pasientens fastlege/primærhelseteam får informasjon. Dersom pasienten har fått oppnevnt koordinator, er det også viktig at koordinatoren får nødvendig informasjon.

Utvidede rettigheter kan bidra til riktigere bruk av tilgjengelig kompetanse og samlede personellressurser og bedre tilgjengelighet. Regjeringen vil vurdere å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans når forskrift som regulerer virksomheten er innført, se nærmere omtale i kapittel 21.

Det er i dag bare leger som har adgang til å forskrive legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept. Helsedirektoratet har foreslått at andre helsepersonellgrupper, f.eks. sykepleiere og kliniske ernæringsfysiologer, skal få forskrivningsrett for henholdsvis medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept. Direktoratet har fått i oppdrag å utrede dette forslaget i 2015.

Regjeringen vil i tillegg utrede forskrivningsrett for enkelte legemidler for sykepleiere med nærmere definerte masterutdanninger og eventuell tilhørende spesialistgodkjenning. På sikt bør det vurderes om også denne rettigheten skal gis til andre profesjoner. Senere bør det vurderes om de samme gruppene skal gis begrenset rett til henvisning.

Kompetansekrav i lov

Helse- og omsorgstjenesteloven er i hovedsak profesjonsnøytral ved at den ikke lister opp spesifikke profesjoner som kommunen må ha knyttet til seg for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Loven inneholder imidlertid flere bestemmelser eller forskriftshjemler som forutsetter eller stiller krav om ulike former for kompetanse eller personellgrupper.

I regjeringsplattformen er det uttalt at regjeringen vil innføre kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven. Regjeringen mener at rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at det bør fremgå direkte av lov. Loven bør derfor liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha.

En slik liste skal ikke være uttømmende når det gjelder hvilken kompetanse eller hvilke profesjoner den enkelte kommune må sørge for, men listen skal angi hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Utover dette skal kommunen stå fritt til å velge hva slags personell den vil ansette eller inngå avtale med. Det vil være

avgjørende at kommunen, utover kjernekompetansen, ansetter eller inngår avtale med de personellgrupper som er nødvendig for at kommunen kan oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester, slik de er forpliktet til etter loven. En oppstilling av kjernekompetanse skal slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

Behovet for økt kompetanse gjelder særlig personell med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Disse kan i større grad utvikle kommunale tjenester mot økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende. Høyskole- eller universitetsutdannet personell vil gjøre kommunene attraktive som forskningsarena og gjøre dem bedre i stand til å implementere relevant forskning i tjenestetilbudet. Kompetansen er også nødvendig for å legge til rette for bedre og mer målrettet samhandling med spesialisthelsetjenesten, både for tilbud til enkeltpasienter eller pasientgrupper og for utvikling av det kommunale tjenestetilbudet. Økt kompetanse og flerfaglighet vil også gi bedre forutsetninger for å utvikle gode praksisordninger i kommunene.

Av lovens krav om fastlegeordning, legevakt og kommunelege, fremgår det allerede at kommunen må sørge for legekompentanse. Når det foreslås å lovfeste en liste over de profesjoner som representerer den kjernekompetansen som det forventes at enhver kommune skal ha, bør likevel krav om lege også inngå i en slik oppstilling.

I tillegg bør både sykepleier og fysioterapeut lovfestes som del av den kjernekompetansen enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne oppfylle sitt ansvar. Det er vanskelig å se for seg hvordan en kommune skal kunne oppfylle dette ansvaret uten å ha denne helsefagkompetansen. Det fremgikk da også av den tidligere kommunehelsetjenesteloven at kommunen skulle ha sykepleietjenester (herunder hjemmesykepleie) og fysioterapitjeneste.

For sykepleiere som har videreutdannet seg til jordmor eller helsesøster, vil denne typen kompetanse indirekte være dekket av lovens plikt til å tilby helsetjeneste i skoler, helsestasjonstjeneste og svangerskaps- og barselomsorgstjenester. På den annen side fremgikk det av kommunehelsetjenesteloven at kommunen skulle ha jordmortjeneste og helsesøstertjeneste. Omfanget av kommunens plikter til å yte helse- og omsorgstjenester er videreført i ny lov. Helsesøster og jordmor er sentrale for regjeringens satsing på kvinnehelse, barn og unge og for ungdomshelse-

strategien. I regjeringsplattformen er det også uttalt at regjeringen vil bygge ut jordmortilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Både jordmor og helsesøster bør derfor inngå i opplistingen av den kjernekompetanse som kommunene som et minimum må ha knyttet til seg.

Regjeringen vil også lovfeste psykolog som del av kjernekompetansen. Slik lovfesting vil innebære en utvidelse i forhold til gjeldende rett. I kapittel 22 er det redegjort for satsingen på psykologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste, herunder hvilke oppgaver psykologer særlig er tenkt å skulle ivareta. Regjeringen tar sikte på at lovplikten om psykologkompetanse skal tre i kraft fra 2020.

Som nevnt skal ikke en lovfastsatt liste over kjernekompetanse være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende, og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgstjenesten er inne i en periode med omstilling med sterkere vekt på rehabilitering, aktiv omsorg, velferdsteknologi, familiebehandling, pårørendeomsorg, gruppetid og nettverksarbeid. Flere brukerundersøkelser viser særlig svikt i tilbud knyttet til aktiv omsorg som aktivitetstilbud og mulighet for fysisk aktivitet. Tjenestene har en mangfoldig brukergruppe og dekker hele livsløpet fra barn til eldre. Tjenesten omfatter sykdommer eller lidelser bl.a. innenfor rus, utviklingshemming, demens, psykiske problemer eller ulike funksjonsnedsettelse. Det er derfor nødvendig at tjenesten har bred tverrfaglig kompetanse.

Ergoterapikompetanse vil bl.a. være sentralt for å tilrettelegge omgivelsene for praktisk aktivitet for å mestre hverdagen og representerer viktig kompetanse innen habilitering og rehabilitering. Rehabiliteringstilbudet til mennesker med funksjonshemninger og psykisk sykdom varierer i kommunene. For disse gruppene vil ergoterapeu-

ter og vernepleiere/spesialpedagogisk kompetanse være viktig.

Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter mange sosiale tjenester som før var regulert i sosialtjenesteloven. Sosionomer/sosialfaglig kompetanse er viktig for flere pasient- og brukergrupper som er en del av regjeringens særlige satsinger. Kompetansen vil bl.a. være viktig for å skape tverrfaglig bredde i tjenestene og for å bistå pasienter, brukere og pårørende til å løse sosiale problemer knyttet til blant annet rus, funksjonshemninger og psykiske helseutfordringer. Sosionomer/sosialfaglig kompetanse er også viktig opp mot koordinering av kommunale og statlige tjenester, f.eks. tjenester fra Nav og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Når kommunene i tråd med kommunereformen skal få større ansvar og flere oppgaver, særlig innen habilitering/rehabilitering, vil ergoterapeuter, sosionomer/sosialfaglig kompetanse og vernepleiere/spesialpedagogisk kompetanse, være avgjørende for å klare dette.

Også helsefagarbeidere er sentrale for kommunens ytelse av helse- og omsorgstjenester. Helsefagarbeiderutdanningen har siden 2008 erstattet hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene. Helsefagarbeider, hjelpepleier og omsorgsarbeider er personellgrupper som i dag utgjør de største utdanningsgruppene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Av annet personell som representerer kompetanse som vil være viktig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen særlig nevne kliniske ernæringsfysiologer. Disse vil være sentrale for å oppnå målene om å redusere blant annet forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, underernæring og andre ernæringsrelaterte sykdommer og plager. Kliniske ernæringsfysiologer vil være viktige bidragsytere i tverrfaglige team innen pasient- og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell.

Kompetansekrav i forskrift

Med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven er det fastsatt flere forskrifter som regulerer deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Noen av disse stiller konkrete kompetansekrav, mens andre i stor grad overlater til kommunens skjønn å bestemme hvilken kompetanse som er tilstrekkelig. Hovedregelen bør fortsatt være at kommunene selv avgjør hvilken kompetanse de trenger for å innfri krav i lov eller forskrift.

Regjeringen mener imidlertid at det på enkelte områder kan være nødvendig å stille klare kompe-

tansekrav eller å tydeliggjøre hvilken kompetanse som særlig vil være relevant på ulike tjenesteområder. Regjeringen vil derfor igangsette et arbeid med å gjennomgå flere av sektorforskriftene og vurdere om det skal fastsettes konkrete minimumskrav til kompetanse for ulike tjenester eller tjenesteområder. Forskrift om helsestasjons og skolehelsetjeneste, sykehjemsforskriften, forskrift om sykepleietjeneste, forskrift om habilitering og rehabilitering og revidert internkontrollforskrift er eksempler på forskrifter som det vil være naturlig å gjennomgå. Flere av forskriftsendringene vil forutsette ytterligere utredning.

Allmennleger

Allmennleger ivaretar legeoppgaver innen mange deltjenester i kommunen. De vanligste er fastlegeordningen, legevakt, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og legetjenester i sykehjem. Det er vanlig at én og samme lege deltar på flere områder. Bl.a. har fastleger plikt til å delta i legevakt, og de kan pålegges å utføre allmennelegeoppgaver utenfor legevakt og fastlegeordningen inntil 7,5 time per uke.

Om lag 57 pst. av landets fastleger er spesialister i allmenne medisin. De senere årene har andelen vært synkende. Om lag 20 pst. av de øvrige fastlegene er under spesialisering. Det er mer usikkert hvor høy andel spesialister i allmenne medisin det er som utfører øvrige legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Spesialistene i allmenne medisin utgjør den medisinskfaglige spisskompetansen i kommunen. En heving av kompetansen hos allmenne legene vil bidra til økt kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Mange kommuner stiller ingen kompetansekrav når de utlyser ledige fastlegestillinger, fordi de har erfart at det er vanskelig å få søkere. Rekrutteringsproblemer gjør også at mange kommuner har utstrakt bruk av vikarleger og turnusleger.

Kompetansekravene til legene varierer med om tjenesten helt eller delvis er finansiert av folketrygden. Det er ingen kommunale legeoppgaver som krever at legen skal være spesialist i allmenne medisin. For å kunne arbeide ved et sykehjem er det tilstrekkelig å være autorisert lege. For å ha rett til å utløse trygderefusjon må legen ha gjennomført tre år med veiledet tjeneste eller være under veiledning, jf. forskrift om veiledet tjeneste. Det formelle kravet til kompetanse har følgelig ingen direkte sammenheng med kompleksiteten i pasientbehandlingen. Det er grunn til å tro at leger gjennom grunnutdanningen alene, ikke får

den kompetansen som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kvalitet.

Leger som ønsker å spesialisere seg innen allmenne medisin, må følge et strukturert videreutdanningsløp som i dag strekker seg over fem år. Ett av årene er sykehustjeneste. De øvrige fire årene består av allmennelegearbeid. Legen må gjennomføre kurs og motta veiledning gjennom å delta i kollegagrupper. Allmenneleger må videre resertifisere seg hvert femte år for å forbli spesialist i allmenne medisin. Fastleger/legevaktleger som er spesialister i allmenne medisin, utløser høyere refusjonstakster enn fastleger som ikke er spesialister.

Det å være spesialist i allmenne medisin er i dag først og fremst et konkurransefortrinn for leger som ønsker å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er legen selv som bestemmer om hun/han ønsker å spesialisere seg. En tilsvarende frivillighet gjelder ikke for leger i sykehus.

Regjeringen ønsker å stille krav om at alle leger som jobber klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten er spesialister i allmenne medisin eller under spesialisering, og vil utrede konsekvensene av dette. Om det skal stilles krav om resertifisering, som i dag, må også utredes. En viktig faktor i en slik utredning vil være konsekvensene for rekruttering av leger. Vurdering av særskilte tiltak for å sikre tilstrekkelig legedekning i distriktene vil derfor inngå i utredningen.

Beslutningsstøtte, kunnskapsstøtte, kompetansedeling og veiledning

Kommunale helse- og omsorgstjenester er et stort og sammensatt tjenestefelt med store krav til kompetanse og behov for beslutningsstøtte, kunnskapsstøtte, kompetansedeling og veiledning. Veiledere og retningslinjer omtales nærmere i kapittel 17 om kvalitet og pasientsikkerhet. Elektronisk beslutningsstøtte omtales nærmere i kapittel 18 om digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten.

Kompetansedeling og veiledning

Veiledning og kompetansedeling bidrar til bedre samhandling og kompetansebygging. Kompetansedeling innebærer utveksling av kunnskap og erfaring mellom bidragsyterne. Dette kan gjøres på ulike måter og innenfor ulike rammer. Veiledning er en målrettet aktivitet der veilederen har et meransvar for kvaliteten i samtaleforløpet. Veiledning vil i mange tilfeller være sammenfallende

Boks 15.2 Samarbeidsavtalene, oppdragsdokumentet og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt

De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak er et viktig virkemiddel i samhandlingsreformen. Hensikten er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom dem og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale områder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte tjenestene.

Oppdragsdokumentene angir vilkårene for bevilgningene fra Stortinget til de regionale helseforetakene. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt påligger den enkelte helsearbeider, og vil derfor først og fremst gjelde veiledning om helsemessige forhold for pasienter eller brukere som kommunen har eller skal overta tjenesteansvaret for. Det er også utarbeidet et rundskriv om veiledningsplikten. Plikten omfatter i prinsippet også generell veiledning som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver.

med kompetansedeling, men kompetansedeling er et videre begrep enn veiledning.

I oppdragsdokumentet for 2015 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle strategier for kompetansedeling og kompetanseutveksling med samarbeidspartnere, herunder kommunene i regionen.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ingen slik veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. En speiling av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble foreslått av Wisløff-utvalget i NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt.

Tiltaket likestiller de to nivåene i lovverket og synliggjør at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har kompetanse som er verdifull for spesialisthelsetjenesten på en rekke områder. Den kom-

munale breddekompetansen blir stadig viktigere i møte med det økende antallet brukere med store og sammensatte behov, og kommunalt helse- og omsorgspersonell vil ofte ha kunnskap om den enkelte pasient som er avgjørende for å yte gode, individuelt tilrettelagte og ikke minst helhetlige tjenester også i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten mangler i mange tilfeller kunnskap om tjenestetilbudet i kommunale helse- og omsorgstjenester. Regjeringen vil på denne bakgrunn utrede en endring i helse- og omsorgstjenesteloven, slik at kommunene får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

Erfaringsmessig er det en stor fordel for begge nivåer dersom veiledningsplikten settes i system og planlegges. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten bør også utvikle ordninger for å dele kurs og ha felles opplæring. F.eks. har Helse Sør-Øst RHF og KS et samarbeidsprosjekt om kunnskapsutveksling basert på e-læring. Prosjektet skal gi anbefalinger for hvordan det kan legges til rette for et systematisk og gjensidig samarbeid om e-læring og kunnskapsutveksling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Videre er formålet å bidra til økt kvalitet i opplæringen i helsesektoren samt bidra til en utvikling der samarbeid på tvers er en naturlig del av opplæringspraksis.

Den silobaserte organiseringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten bidrar til liten flyt av kompetanse på tvers av faggrupper. Det er kommunen på sentralt nivå som har mulighet og myndighet til å gjøre noe med dette. Regjeringen vil derfor vurdere en plikt for kommunene til å sørge for kompetansedeling innad og mellom de helse- og omsorgstjenester som kommunen har ansvar for. Det skal i den forbindelse vurderes om pedagogiske virkemidler kan være et egnet alternativ til pliktbestemmelse. Dette vil tydeliggjøre kommunens ansvar for helhetlige og koordinerte tjenester.

Kompetansesentre

De regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten utgjør en sentral del av nasjonale myndigheters satsing på å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. Det arbeides med en gjennomgang av sentrene knyttet til samfunnsoppdrag, organisering og finansiering. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har utarbeidet en rapport om samfunnsoppdraget. Rapporten har vært på høring. Regjeringen vil arbeide videre

med løsninger som skal sikre bedre utnytting av ressursene, og som gjør det lettere for kommunene å henvende seg til sentrene for å søke bistand, råd og veiledning.

15.4 Forskning og innovasjon

Forskning og innovasjon skal bidra til utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjeneste. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har behov for et styrket kunnskapsgrunnlag med bedre kunnskap om både tjenesteinnhold og tjenestekvalitet, organisering, styring og ledelse og effekter av nye arbeidsformer og faglige tilnærminger. Det er også behov for kunnskap om status og utvikling av den uformelle omsorgen fra pårørende og frivillige.

For å legge til rette for kunnskapsbaserte tjenester trengs relevant og praksisnær forskning av god kvalitet. Samarbeid på tvers av fagfelt, enheter og miljøer er sentralt. I dag eksisterer det en rekke fagmiljøer/enheter rettet inn mot ulike

deler av tjenesten. Eksempler er de fire allmenmedisinske forskningsenhetene som fokuserer på allmenmedisinske problemstillinger, de fem sentrene for omsorgsforskning som er rettet inn mot omsorgstjenestene, mens det femårige programmet FYSIOPRIM forsker på problemstillinger relatert til muskel- og sjelettsykdommer i primærhelsetjenesten. Dette viser at mange enheter er rettet inn mot avgrensede områder, mens pasientene ofte har sammensatte behov som krever en bredere, tverrfaglig tilnærming. Enheter og miljøer for forskning bør i større grad være tverrfaglige. Større tverrfaglige miljøer og enheter vil legge til rette for bedre bruk av forskningsinfrastruktur og skape mer robuste forskningsmiljøer.

Kommuneledelsen har et ansvar for at den lovpålagte plikten om medvirkning til og tilrettelegging for forskning faktisk blir overholdt.

Brukermedvirkning i forskning og innovasjon kan bidra til å møte brukernes behov på en best mulig måte og gjøre tjenestene bedre. Det er derfor viktig at brukeren involveres i hele prosessen, fra idé til implementering.

Regjeringen vil legge til rette for at deler av forskningsinnsatsen i større grad rettes mot prioriterte behov for å styrke beslutningsgrunnlaget i tjenesten. Slike behov kan identifiseres gjennom systematiske kunnskapsoppsummeringer, ved å vurdere sykdomsbyrde opp mot hvilke temaer forskningsmidlene brukes til, og gjennom innspill

Boks 15.3 De allmenmedisinske forskningsenheter

Høsten 2006 ble det opprettet fire allmenmedisinske forskningsenheter (AFE) med tilknytning til de medisinske fakultetene. Formålet var å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmenmedisin og dermed kvaliteten på allmenlegetjenestene. AFE mottar driftsmidler over statsbudsjettet. Forskningsmidler kan også søkes gjennom Norges forskningsråd (NFR), Allmenmedisinsk forskningsfond og fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Forskningsprosjektene omfatter et bredt spekter av aktuelle problemstillinger. Noen av driftsmidlene er spesifikt bevilget til forskning på tjenester til brukere med sammensatte behov, herunder mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Forskningsenhetene har publisert en rekke vitenskapelige artikler i indekserte tidsskrifter, de driver omfattende forskningsformidling og har forskningssamarbeid bl.a. med de regionale odontologiske kompetansesentrene. De fire forskningsenhetene er i gang med et åtteårig prosjekt, finansiert av NFR, for å etablere en nasjonal forskerskole i allmenmedisin.

Boks 15.4 Senter for omsorgsforskning

Etter Stortingets behandling av St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, ble det etablert fem regionale sentra for omsorgsforskning. Sentrene er lokalisert i de fem regionene Øst, Sør, Vest, Midt- og Nord-Norge, og er knyttet til høgskoler og universitet som har helse- og sosialfagutdanninger. Formålet har vært å styrke omsorgstjenestenes kunnskapsgrunnlag, drive praksisnær forskning og utvikling på feltet, forskningsformidling overfor kommunene, bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren og samarbeide med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i regionen. De fem sentrene er bundet sammen i et nettverk som koordineres fra Senter for omsorgsforskning Øst, og har knyttet til seg et kommunepanel av omsorgsforskningkommuner.

Boks 15.5 Fagutvikling av omsorgstjenester i Oslo kommune

Sykehjemsetaten i Oslo har samlet utviklings-sentrene for sykehjem og hjemmetjenesten sammen med kommunens geriatriske ressurs-senter. Dette har gitt mulighet for samordning av fagutviklingen innenfor det Oslo kommune benevner eldreomsorg og styrket koordineringen av undervisning og kompetanseutvikling. Sammenslåingen har gitt en større mulighet for forskning på området. Gjennom tilrettelegging av praksisnær forskning framskaffes ny kunnskap for daglig praksis. Det er et viktig bidrag for å sikre en kunnskapsbasert praksis overfor personer med omfattende helse- og omsorgsbehov. Ambisjonene er å bygge forskningsmiljøer for forskning på internasjonalt nivå innen dette feltet.

fra tjenesten, brukere, forvaltningen og beslutningstakere. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt føringer om at deler av forskningsmidlene fra departementet til Norges forskningsråd (NFR) i større grad rettes mot slike identifiserte behov. Dette følges opp ved å innføre et nytt virkemiddel i NFR, kalt behovsidentifisert forskning, som skal supplere dagens modell for utlysning av forskningsmidler. Konkret innebærer behovsidentifisert forskning at en andel av midlene under programmene som departementet finansierer, reserveres til formålet og lyses ut etter en egen modell. Det må derfor etableres systemer for brukerinvolvering, kunnskapsinnhenting, spissing av problemstillinger, evaluering og prioritering av hvilke problemstillinger det bør forskes på. Nytte og kvalitet vil bli vurdert likt ved behandling av søknadene.

For å bidra til kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap og nye løsninger er det etablert utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke og fem sentre for omsorgsforskning tilknyttet høyskoler eller universitet som utdanner helse- og sosialpersonell. De fylkesvise utviklingssentrene er pådrivere for forskning, fagutvikling og gode læringsmiljøer. Kommuner med utviklingssentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning, som skal bidra til å styrke praksisnær forskning og utvikling på feltet og drive forskningsformidling og kompetanseheving overfor kommunene.

Boks 15.6 FYSIOPRIM

Fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter har bevilget 32 mill kroner til et femårig forskningsprogram for fysioterapeuter relatert til muskel- og skjelettsykdommer i primærhelsetjenesten. Programmet er utviklet med utgangspunkt i problemstillinger som er relevante for fysioterapi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Programmet er et samarbeid mellom fondet og avdeling for helsefag ved Universitetet i Oslo. Målet med programmet er å legge grunnlag for langsiktig forskning, solide forskningsmiljøer og rekruttering til klinisk forskning om fysioterapi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

HelseOmsorg21 – et kunnskapsløft for kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet tok våren 2013 initiativ til å utforme en helhetlig strategi for forskning og innovasjon innenfor helse og omsorg, HelseOmsorg21. Målet med strategien er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. HelseOmsorg21 ble overlevert regjeringen i juni 2014. Målbildet for strategien er tredelt. Den skal gjennom forskning og innovasjon bidra til god folkehelse, grensesprengende forskning og næringsutvikling, og nasjonal, økonomisk utvikling. Ti brede strategiske områder er prioritert i strategien: (i) økt brukermedvirkning, (ii) helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde, (iii) kunnskapsløft for kommunene, (iv) helsedata som nasjonalt fortrinn, (v) bedre klinisk behandling, (vi) effektive og lærende tjenester, (vii) å møte de globale helseutfordringene, (viii) høy kvalitet og sterkere internasjonalisering, (ix) utvikling av de menneskelige ressursene og (x) strategisk og kunnskapsbasert styring.

Hver av satsingene inneholder et sett med anbefalte tiltak og forslag til hvordan disse kan iverksettes. Strategien skal bidra til å skape en målrettet, helhetlig og koordinert tverrsektoriell nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon innen helse og omsorg. Anbefalingene er godt forankret hos brukere, næringsliv, tjenesten, academia m.fl. gjennom en inkluderende innspillprosess. Områdene er i tråd med identifiserte

behov og politiske føringer for forsknings- og innovasjonspolitikken og sektorpolitikken.

Det påpekes i strategien at kommunesektoren trenger sterke og tilgjengelige forsknings- og innovasjonsmiljøer å samarbeide med, behov for tiltak for å sikre at forsknings- og innovasjonsmiljøene når en levedyktig størrelse, at det må utvikles gode og målrettede forskningsnettverk innenfor de ulike fagområdene og tydelige arenaer for implementering, forsøk og kunnskapsformidling.

HelseOmsorg21-strategien foreslår et kunnskapsløft for kommunene som én av fem hovedprioriteringer. Forslagene om et kunnskapsløft for kommunene er fordelt på tre områder: 1) et løft for innovasjon og forskning for, i, med og på kommunene, 2) strukturer for forsknings- og utviklingsarbeid (FoU) – samarbeid, kompetanse og infrastruktur, 3) tydeliggjøring av det kommunale forskningsansvaret.

Regjeringen la høsten 2014 frem Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning. I meldingen legges kursen for prioritering av forskning og høyere utdanning de neste ti årene. Målet er å styrke Norges konkurransekraft og innovasjonsevne, løse store samfunnsutfordringer og utvikle fremragende fagmiljøer. Regjeringen slår fast at de offentlige bevilgningene til forskning og utviklingsarbeid skal tilsvare 1 pst. av BNP, og tar sikte på at målet kan nås i 2019/2020. I Langtidsplanen gir Regjeringen støtte til hovedinnretningen på HelseOmsorg21-strategien og vil høsten 2015 legge frem en egen handlingsplan som konkretiserer hvordan regje-

ringen vil følge opp de ti satsingsområdene i HelseOmsorg21-strategien. Arbeidet koordineres med oppfølgingen av langtidsplanen.

Innovasjon

Innovasjon er et virkemiddel for å fornye, forenkle og forbedre tjenestene. Innovasjonsbegrepet benyttes først når løsningen i form av nye tjenester og produkter er tatt i bruk. Innovasjon betegner noe som er nytt, nyttig og nyttiggjort.

Innovasjonspolitikken innebærer å utvikle en lærende offentlig sektor. Samspill mellom ulike aktører skaper grunnlag for utvikling av ny kunnskap som kan omsettes til nye produkter, tjenester eller arbeidsmetoder. Jo bedre de offentlige aktørene er til å skape nettverk som gir aktørene til-

Boks 15.7 Kommunale innovasjonsverktøy fra KS

KS har utviklet to verktøy for innovasjon i kommunene, som også kan nyttes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kalt N3 – Nytt, nyttig, nyttiggjort. Verktøyet viser hvordan man kan starte opp innovasjonsarbeid lokalt. Det gir innsikt i hva innovasjon er og hva man bør tenke på før man går i gang. Det andre verktøyet, Systematisk ledelse av innovasjon i kommunene (SLIK), er internettbasert. Det viser hvordan kommuner kan bruke innovasjon på en systematisk måte for å møte utfordringene. Hensikten er at politikere og ledelsen i kommunen kan se hvordan kommunen kan jobbe med innovasjon og hvordan en slik prosess kan gjennomføres.

Boks 15.8 InnoMed

InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Nettverket skal bygge opp et nasjonalt kunnskapsmiljø og iverksette tiltak for å forankre og skape engasjement for økt satsing på behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren.

InnoMed arbeider også med utprøving og tilpasning av metoder og verktøy til støtte for behovsdrivet innovasjonsarbeid, og formidler kunnskap gjennom utgivelse av retningslinjer og møteplasser. De setter også i gang forprosjekter der målet er å identifisere viktige områder som har potensial til å bli hovedprosjekter. Et eksempel er et forprosjekt om telemedisinsk oppfølging av diabetes fotsår, der InnoMed har bidratt med midler. Målet er å undersøke om telemedisinsk oppfølging av sårtilheling ved diabetesrelaterte fotsår i kommunen er et likeverdig alternativ til tradisjonell poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere i den kommunale helsetjenesten kan overføre bilder av såret til spesialisthelsetjenesten for vurdering. Deretter kan sykepleierene utføre sårstatet under veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet er ansvarlig for InnoMeds virksomhet, og Innovasjon Norge er en sentral samarbeidspartner. InnoMeds virksomhet er forankret gjennom de regionale helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

gang til ulike partnere, kunnskap og kompetanse, jo større er mulighetene for å lykkes.

Kommunene er sentrale aktører i et innovasjonssystem som skal gå på tvers av alle formelle og uformelle aktører. Innovasjonsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene bør skje som en del av en helhetlig innovasjonssatsing i kommunesektoren. Leverandørutvikling er en del av innovasjonsarbeidet. Det innebærer samspill mellom det offentlige og leverandørene, hvor det offentlige tilrettelegger anskaffelsesprosesser som kan utfordre og utvikle leverandørmarkedet. Nasjonalt program for leverandørutvikling skal bidra til at offentlige anskaffelser i større grad stimulerer til innovasjon og verdiskaping. Programmet startet i 2010 og varer i fem år. Næringslivets Hovedorganisasjon og KS er initiativtakere til programmet som gjennomføres med et partnerskap av nasjonale innovasjonsaktører, statlige virksomheter, større kommuner og næringsliv.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør arbeide med innovasjon langs en vertikal og en horisontal akse. Vertikal innovasjon beskriver innovasjonsarbeidet som foregår innenfor et fagområde på tvers av forvaltningsnivåene, og i samarbeid med forskningsmiljøer og næringslivet.

For helse- og omsorgsområdet betyr det at innovasjon må skje på tvers av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik det er i samhandlingsreformen. Horisontalt må det foregå i mellomrommene mellom kommunale deltjenester og virksomhetsområder, og mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn.

De viktigste grepene for å øke innovasjonsarbeid og innovasjonsevne i tjenesten handler om å forsterke de kommunale helse- og omsorgstjenestenes forsknings- og utviklingsinfrastruktur. Arbeidet bør involvere etablerte innovasjons- og forskningsinstitusjoner som Forskningsrådet, Innovasjon Norge, Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) og InnoMed og ta i bruk deres virkemidler i arbeidet med å utvikle morgendagens løsninger. Det er også behov for å styrke forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeidet i kommunene. Som en oppfølging av HelseOmsorg21 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide en veileder for tjenesteinnovasjon i samarbeid med InnoMed, Norsk design- og arkitektursenter (DogA), Innovasjon Norge og Forskningsrådet. Regjeringen vil vurdere nye tiltak gjennom oppfølgingen av HelseOmsorg21.

Boks 15.9 Regjeringen vil:

- Utvikle en plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenesten, Kompetanseløft 2020, som skal bidra til å skape en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste og styrke tjenestens eget kunnskapsgrunnlag gjennom fagutvikling, forskning og innovasjon.
- Utrede om utvalgte helsefaglige utdanninger holder tilstrekkelig kvalitet med hensyn til kandidatenes sluttkompetanse. Arbeidet starter med grunnutdanningen for sykepleiere.
- Vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene.
- Utrede etablering av en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå tilpasset behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester, i første omgang for sykepleiere, og vurdere om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med slike masterutdanninger.
- Utrede om utvalgte grupper skal gis utvidede rettigheter til å forskrive legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept og på sikt vurdere om flere grupper skal få rett til å henvise til andre tjenesteytere.
- Gjennomføre et pilotprosjekt med nasjonal deleksamen for bl.a. sykepleierutdanningen. Endringer i opptakskrav vurderes årlig ved revisjon av opptaksforskriften
- Utrede endring av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), slik at kommunen a) får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som speiler spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene og b) vurdere en plikt til kompetansedeling innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det skal i den forbindelse vurderes om pedagogiske virkemidler kan være et egnet alternativ til pliktbestemmelse.
- At alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Regjeringen vil utrede nærmere innretning av et krav og konsekvensene av tiltaket.
- Innføre kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven, ved opplisting av de profesjoner som representerer den kompetansen som det forventes at enhver kommune skal ha som et minimum.
- Igangsette et arbeid med å gjennomgå flere av sektorforskriftene og vurdere om det i forskriftene skal fastsettes konkrete minimumskrav til kompetanse for ulike tjenester eller tjenesteområder.
- Utarbeide en handlingsplan for regjeringens oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

16 Ledelse

God ledelse er avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste. Pasienten og brukeren skal oppleve helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet som er helhetlige og koordinerte, ikke som enkeltstående leverandører i en oppdelt tjeneste. De skal bli lyttet til og få delta i beslutninger om dem selv. Dette stiller høye krav til ledelse og styring i en stor og stadig mer kompleks sektor. Det er ikke nok at den enkelte tjenesteyter eller deltjeneste leverer faglig gode tjenester. Det kreves god ledelse på alle nivåer og tydelige ledelses- og styringslinjer, fra øverste ledelse, dvs. kommunestyret og administrasjonssjef (rådmann), til ledere i utøvende enheter. Ledelse i kommunene er nær knyttet til lokalpolitisk ledelse. Balansen mellom nasjonale anbefalinger og lokale beslutninger og muligheter krever forståelse for politiske prosesser. Samtidig er lederrollen faglig utfordrende og krever kunnskap om bl.a. tjenestenes innhold, brukernes behov og folkehelsekunnskap.

I sum er det store lederutfordringer i sektoren, og mye tyder på at mange ledere i dag ikke får dette godt nok til. Det kan skyldes lederkompetansen, men sektoren er også kjennetegnet ved at det er få ledere, og at det er vanskelig å rekruttere til lederstillinger.

Regjeringen vil bidra til bedre ledelse både ved at krav til ledelse blir tilstrekkelig tydelig, og ved at lederkompetansen styrkes. Tiltak vil omfatte å tydeliggjøre krav til ledelse i forskrift, bedre tilgang til relevante lederutdanninger, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og å utarbeide en veileder for kommunens oppfølging av private aktører med driftsavtale.

16.1 Status og utfordringer

Det foregår mye godt arbeid i kommunene, men det er også flere utfordringer. Helsetilsynet har flere ganger pekt på utfordringer knyttet til styring og ledelse. Tilsyn tyder på at det er mangel-full kvalitetssikring og kontroll, jf. Helsetilsynets tilsynsmelding for 2013 (Helsetilsynet 2014), og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen. Også brukere og pårø-

rendes tilbakemeldinger tyder på svikt i styring og ledelse.

Det kan være mange grunner til en slik svikt. Svikt skjer ofte i vekslingsfeltene mellom deltjenester og mellom tjenestenivå. Funn fra tilsyn tyder på at ledelse og internkontroll i for stor grad er overlatt til den enkelte virksomhet, og at det er for få tiltak for å sikre koordinering på tvers. Funn og erfaringer fra tilsyn viser at mange kommuner arbeider med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god styring, men at det gjenstår arbeid med å omsette arbeidet i praksis. Riksrevisjonens undersøkelse av kommunenes styring og kontroll med tjenester etter nasjonale mål (Dokument 3:7 (2012–2013)), viser at alle kommunene i undersøkelsen hadde etablert et internkontroll- og kvalitetskontrollsystem, men de ansatte hadde varierende kjennskap til systemet på grunn av manglende opplæring. Undersøkelsen viste også at kommunene har utarbeidet systemer for avvikshåndtering, men at det var en klar underrapportering av avvik. Det ser ut til at utfordringen ligger både i å skape forståelse for plikten til å ha internkontroll og å gjennomføre denne plikten, som gjelder på alle nivåer, fra kommunens sentrale ledelse til der pasienten møter tjenesten.

Kommunens sentrale ledelse

Det er kommunen som har ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Samlet sett skal kommuneledelsen sørge for at helse- og omsorgstjenesten oppfyller kommunens lovpålagte plikter. Når loven legger ansvaret til kommunen, betyr det kommunestyret og administrasjonssjefen (rådmannen) som øverste ansvarlige. I kommuner, som i sykehus, har ledere på hvert nivå ansvar for både tjenestenes kvalitet og for økonomi-/ressursstyring. I tråd med dette prinsippet ble kommuneoverlegens rolle endret fra medisinskfaglig ansvarlig til rådgiver i 1995, for å presisere at det samlede ansvaret ligger ett sted, nemlig hos den øverste ledelsen i kommunen.

Kommunen (kommunestyret og administrasjonssjefen) kan delegere myndighet, men ikke ansvaret de er pålagt i lov. Ansvaret innebærer blant annet å sørge for at tjenestene er godt ledet og koordinert. Kommunen står i stor grad fritt til hvordan den organiserer tjenestene. Den står også fritt til om den vil ansette personell og drifte tjenestene selv eller kjøpe fra private. Det betyr at lederlinjer varierer avhengig av lokale løsninger.

God ledelse handler generelt om å sette mål og sørge for at man oppnår ønskede resultater. Det handler om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak som får tjenestene til å utvikle seg på en god måte. Det handler om personal- og organisasjonsledelse. Kommunen må sikre at det legges planer for kapasitet og kompetanse i tråd med befolknings- og sykdomsutvikling i kommunen. Det må etableres rutiner for samhandling mellom deltjenester, inngås avtaler om samhandling med spesialisthelsetjenesten og etableres kompetansedeling og informasjonsutveksling mellom deltjenester. Private med avtale må følges opp slik at de leverer tjenester i tråd med nasjonalt fastsatte og lokalt avtalte krav. Krav om forsvarlighet innebærer at både den enkelte deltjeneste og helheten i tjenestetilbudet er utformet for å kunne håndtere dagens og fremtidens oppgaver. I dette inngår systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, som er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Kommuneledelsen har også ansvar for å sikre at helse- og omsorgstjenestene koordineres med andre kommunale (og fylkeskommunale) tjenester, som skole, barnehage, barnevern, tannhelse osv. Ledelsen skal legge til rette for brukervedvirkning i alle disse prosessene.

Helsetilsynets funn og brukernes opplevelser tyder på at den kommunale ledelsen av helse- og omsorgstjenestene i dag ikke fungerer godt nok. Det kan synes som det ikke er tilstrekkelig forankret i kommuneledelsen at de har et samlet ansvar for innholdet i de tjenestene som leveres. En undersøkelse NORUT har utført for KS, viser at mange kommuner mener de ikke er ansvarlige for innholdet i fastlegenes tjenester (Gaski og Abelsen 2013). Fastleger forteller at de har jobbet i en og samme kommune i flere tiår uten at kommunene har tatt initiativ til dialog om innholdet i praksisen de driver. Selv om den enkelte tjenesteyter har et selvstendig ansvar for å yte et forsvarlig tilbud, har kommunen det øverste ansvaret for å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette gjelder uavhengig av om kommunen ansetter personell eller inngår avtaler med

private tjenesteytere. For å ivareta ansvaret må kommunen ha informasjon om at tjenestene som leveres er i tråd med de pliktene utøverne har ifølge lov, forskrift og avtaler. Det krever dialog og oppfølging. Kommuneledelsen har plikt til å ha et internkontrollsystem, og må også sikre at de kommunen inngår avtale med har et internkontrollsystem. Samtidig må kommunen legge til rette for at de private kan ivareta sitt ansvar. Det betyr at de må sikre dem rammebetingelser som gjør det mulig å yte gode tjenester, blant annet ved å etablere samarbeidsrutiner og informasjonsutveksling mellom de private med avtale og andre tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel noen særlige utfordringer knyttet til ledelsen av fastleger og avtalefysioterapeuter sammenliknet med andre private leverandører.

Mange kommuner har organisert seg i form av den såkalte 2-nivåstrukturen som har vært vanlig siden 1990-tallet. Det innebærer at mange kommuner, i motsetning til sykehusene, bare har en økonomisk administrativ ledelse på administrasjonssjefsnivå og ingen felles helsefaglig ledelse. I følge spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 andre ledd skal en sykehusleder utpeke medisinskfaglige rådgivere dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig. Eier og ledelse av sykehus må også vurdere om kravet til forsvarlighet ivaretas gjennom det styringssystemet som er etablert, eller om det er nødvendig med medisinskfaglige rådgivere på ulike nivåer, jf. rundskriv I-9/2002 om ledelse i sykehus. Tilsvarende bør gjelde i kommunene. Det innebærer at dersom administrasjonssjefen ikke selv har medisinsk-/helsefaglig kompetanse, må vedkommende utpeke en eller flere faglige rådgivere. Administrasjonssjefen kan benytte kommunelegen, som i følge kommunal helse- og omsorgstjenestelov og folkehelseloven er medisinskfaglig rådgiver i kommunen, eller andre. Personen kan gis en formell rolle i administrasjonssjefens stab, noe som vil kunne lette utøving av faglig ledelse av tjenesten på vegne av administrasjonssjefen. Tilsvarende bør vurderes på andre ledernivåer i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Praksisen med å overlate ansvaret for det faglige innholdet til den enkelte deltjeneste må forstås i historisk perspektiv. Tidligere ble kvalitet i langt større grad ivaretatt ved å sikre faglig kvalitet hos den enkelte tjenesteyter. Slik er det ikke lenger. Ideen om den enkeltes faglige autonomi og faggruppes autonomi lever imidlertid videre og har bidratt til den organisatoriske fragmenteringen og ledelsesutfordringene i kommunene. En annen viktig faktor er avtalesystemet for leger

og fysioterapeuter. Samtidig er det tegn på at kommunale ledere i større grad engasjerer seg i ledelse av helse- og omsorgstjenestene etter at samhandlingsreformen ble iverksatt. Dette kan bl.a. skyldes nye oppgaver knyttet til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten og de økonomiske virkemidlene som ble tatt i bruk i reformen.

Ledelse av fastleger og avtalefysioterapeuter

Nesten alle fastleger og flertallet av fysioterapeutene i kommunene er private aktører med drifts-/fastlegeavtale. Dette er individuelle, tidsbegrensede avtaler mellom kommunene og den enkelte tjenesteyter. De individuelle avtalene har imidlertid normalt lite innhold. Mesteparten av reguleringen er gitt i en sentral rammeavtale mellom KS og Legeforeningen/Norsk Fysioterapeutforbund. Aktiviteten finansieres i stor grad av staten gjennom folketrygden og forhandles derfor mellom staten, KS og fagforeningene. For fastlegene finnes også regulering i forskrift.

Dette avtalesystemet vanskeliggjør styring og ledelse fra kommuneledelsens side. Kommunene opplever liten mulighet til å påvirke innholdet i tjenestene og dreie dette i tråd med behov. De har også svært begrensede muligheter til å si opp avtaler. Når avtalene er tidsbegrensede og derfor ikke reforhandles regelmessig slik som ved kjøp/andud, er kommunene avhengige av dialog og enighet. Dette er krevende. Det mangler også gode registerdata for oppfølging og styring. Samtidig synes det som den muligheten som finnes for faglig dialog og styring gjennom oppfølging av de fastsatte nasjonale krav til innholdet i tjenestene (fastlegeforskriften) ikke er tilstrekkelig utnyttet av kommunene.

En del av fastlegene har en såkalt 8.2-avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv., jf. rammeavtalens punkt 8.2. Legen driver fortsatt selvstendig næringsvirksomhet, men mottar ytelse fra kommunen mot avtalt betaling. Ordningen gir kommunene større mulighet til innflytelse over legenes virksomhet.

Mens leger og fysioterapeuter før jobbet i solo-praksiser, jobber de i dag normalt flere sammen i gruppepraksiser/institutter. At de fortsatt har individuelle avtaler motvirker felles ledelse av det enkelte legekantor/fysikalske institutt, fordi den enkelte er ansvarlig for sine tjenester i følge avtaler og regelverk. Likevel samarbeider tjenesteyterne internt stadig mer. Da trengs rutiner og ledelse. At det ikke finnes ett ansvarspunkt for legekantorets samlede virksomhet eller det fysi-

kalske instituttet gjør det mer komplisert for kommuneledelsen å forholde seg til virksomhetene og for omgivelsene å samhandle med dem.

Ledelse av legevakt

Som det fremgår av kapittelet om øyeblikkelig hjelp, er det store kvalitets- og bærekraftutfordringer knyttet til legevakten. Utfordringene er både knyttet til rekruttering, kompetanse, utstyr, organisering og tilgjengelighet. Legevaktarbeid er faglig krevende. Det er en beredskapstjeneste som må treffe avgjørelser og handle raskt, og ofte må legen treffe beslutninger alene. På tross av dette synes det som kommunene i for liten grad har tatt inn over seg sitt ansvar for ledelse og internkontroll av denne tjenesten. I mange kommuner finnes f.eks. ingen oversikt over hvilke leger som til enhver tid ivaretar legevakt, og vikarer deltar uten opplæring i lokale forhold og rutiner. Mange steder ivaretas ikke kravet om samtrening med spesialisthelsetjenesten.

Krav til organisering og kompetanse i legevakt går frem av akuttmedisinforskriften, som nylig er revidert. En tilfredsstillende utvikling fremover forutsetter en langt tydeligere kommunal ledelse enn det man har sett mange steder frem til nå.

Ledelse av hjemmetjenester og sykehjem

Hjemmetjenestene og sykehjem yter tjenester med stort personellbehov for å dekke døgnkontinuerlig drift. Mange ansatte arbeider deltid, og innslaget av ufaglærte er høyt. Samtidig er dette en faglig krevende virksomhet. Brukerne har store og sammensatte helsefaglige problemer, og deler av de tjenestene brukerne har behov for, bl.a. legetjenester, leveres av personell som lederen av hjemmetjenestene og ev. sykehjemmet ikke er linjeleder for. Mange ganger leveres legetjenestene av en rekke ulike leger/fastleger, som heller ikke seg i mellom er samordnet/har felles rutiner og prosedyrer. Likevel har lederen ansvar for den faglige kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenesten. Det er derfor behov for et godt styringssystem i form av rutiner, faglige prosedyrer og gode avvikssystemer. Lederen har ansvar for å hente inn den kompetansen, f.eks. de medisinskfaglige råd som er nødvendig, for å utøve sin lederrolle og for å etablere de styringssystemene som er nødvendige for å oppfylle de krav som gjelder. Kommuneledelsen må vurdere om kravet til forsvarlighet ivaretas gjennom det styringssystemet som er etablert, eller om det er nødvendig med medisinskfaglige rådgivere på ulike nivåer.

16.2 Vurdering og veien videre

Lederansvar og lederferdigheter forutsetter reelle muligheter og virkemidler til å utøve ledelse. Det er primært et ansvar for kommunen å sørge for at lederne har riktig kompetanse. Samtidig kan staten bidra til å gi ledere verktøy og nødvendig administrativ lederstøtte slik at de kan utøve ledelse på en god måte.

Kompetansetiltak for ledere i kommunen

I kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS er ett av tiltakene å styrke lederkompetansen. Regjeringen vil videreføre satsningen på ledelse i kvalitetsavtalen. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å sørge for å etablere en lederutdanning i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Som del av arbeidet har Arbeidsforskningsinstituttet kartlagt eksisterende lederutdanninger og sett på behovet for en ny utdanning.

Ledelse er et innsatsområde både i Kompetanseløftet 2015 og regjeringens satsning på rus og psykisk helse. Som del av Kompetanseløftet 2015 kan én eller flere samarbeidende kommuner bestille skreddersydd lederutdanning for helse- og omsorgssektoren. Det er Høgskolen i Hedmark i samarbeid med Ressurssenter for omstilling i kommunene og Fagakademiet som står for tilbudet. Så langt er det om lag 100 kommuner, som har deltatt i opplegget som består av samlinger og arbeid mellom samlingene. Muligheten for skreddersøm gjør at Helsedirektoratet vurderer utdanningen som vellykket. Kommuner som har deltatt med flere personer på tvers av tjenesteområder, rapporter om bedre samhandling og at kompetanseheving kommer alle deler av tjenesten til gode.

Veileder for oppfølging av fastleger og avtalefysioterapeuter

For å gi kommunen et verktøy til å lede bl.a. fastleger og fysioterapeuter med avtale, vil regjeringen utarbeide en veileder for oppfølging av private aktører med driftsavtale. Veilederen skal sette kommunene bedre i stand til å utnytte de private aktørenes ressurser. Aktuelt innhold er informasjon om relevant lov- og regelverk, og råd til kommunene om hvordan private aktører med fastlege-/driftsavtale kan bli en integrert del av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Faglig ledelse og veiledning av fastleger/primærhelseteam

I tillegg til den mer formelle oppfølgingen som regelverk og avtale mellom tjenesteyteren og kommunen både gir mulighet for og forutsetter, ligger det et potensiale for kommunen for ledelse gjennom faglig dialog og veiledning.

Helsedirektoratet utgir årlig en rekke faglige veiledere for å rådgi kommuner og tjenesteytere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i hva som er god praksis og nasjonale faglige retningslinjer for å normere praksis. Gjennom arbeid for å implementere veiledere og retningslinjer kan kommuner komme i faglig dialog med egne ansatte og med private tjenesteytere. Helsepersonell er ofte villige til å endre egen praksis hvis de ser at denne avviker fra hva som anses som god praksis og fra hva deres kolleger gjør. Bruk av faglige retningslinjer som verktøy for faglig oppfølging vil bli omtalt i ovennevnte veiledere.

En annen viktig arena for å bruke faglig dialog mellom helsepersonell til å lede og utvikle tjenestene, er i grenseflaten mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Allerede i dag finnes det ulike arenaer for denne typen samhandling mellom nivåene, både på individnivå og på systemnivå. Et eksempel på det siste er de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetakene, og den plikten spesialisthelsetjenesten har til å gi råd og veiledning til de kommunale helse- og omsorgstjenestene ved behov. Det vises til nærmere omtale i kapittel 15.

Fastleger som er spesialister i allmennmedisin gjennomgår et strukturert utdanningsløp over fem år. Et viktig element i dette utdanningsløpet er deltakelse i kollegagrupper med en veileder til stede. Gjennom samtale og kunnskapsdeling mellom kollegaer i samme situasjon ligger det et stort potensiale for læring, og for faglig samstemming. Kommunene kan gjennom dialog med egne fastleger benytte dette til faglig utvikling. Ved å etablere arenaer for samarbeid mellom kollegaer vil ubegrunnet variasjon kunne reduseres.

Regjeringen vil vurdere å forsterke og sette slike tiltak i system. Kollegagrupper der fastleger/medlemmer i primærhelseteam møtes trenger ikke være knyttet til formelle utdanningsløp. Kollegagrupper bør være en jevnlig hendelse der ulike temaer tas opp, som f.eks. nye faglige retningslinjer, henvisningspraksis, legemiddelforskrivning og behandling og oppfølging av de store pasientgruppene. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide forslag til hvilke temaer som kan være gjenstand for diskusjon i slike kollegagrupper.

per. Både KS og helseforetakene skal involveres i arbeidet for å sikre forankring hos berørte parter.

I tillegg vil de regionale helseforetakene få i oppdrag å utvikle arenaer for systematisk kompetanseoverføring mellom nivåene innen helse- og omsorgstjenestene. KS skal involveres i dette arbeidet.

Kommunens plikt til å føre internkontroll

Kommunens plikt til internkontroll er regulert i lov og forskrift. Pedagogiske virkemidler er viktig for bl.a. å gjøre innholdet i regelverket kjent. Det er samtidig viktig med tydelige krav til ledelse, styring og kontroll. Regjeringen vil tydeliggjøre krav til kommunens styring og kontroll av helse- og omsorgstjenestene. Det skal bl.a. skje ved å revidere dagens internkontrollforskrift. Kravene til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet skal tydeliggjøres.

Helseanalyser som styringsverktøy

Kommunens ansvar for å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, følger av lov om folkehelsearbeid. Helse- og omsorgstjenestene skal etter helse- og omsorgstjenesteloven bidra i kommunens helsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oversikten skal danne grunnlag for planlegging og utforming av kommunens tilbud innen helse- og omsorgstjenester. Oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser. Dette krever nødvendig kompetanse.

Kommunal sektors arbeid med å utarbeide gode helseanalyser og bruke disse aktivt i sin ledelse av den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør styrkes. Dette er nærmere omtalt i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Kommunereformen vil kunne legge bedre til rette for gode fagmiljøer i kommunene til å foreta helseanalyser, samtidig som det vil være et større behov for en felles analyse som grunn for kommunens virksomheter. Mulighetene for å kunne gjøre helseanalyser vil bero på tilgangen til relevant statistikk og styringsdata. Det vises til kapittel 19 om kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen har mange av de samme ledelsesutfordringene som spesialisthelsetjenesten. Samhandling forutsetter

samhandlingskompetanse og felles forståelse av utfordringene og samfunnsoppdraget. Dette innebærer en felles oppfatning om prioritering av pasienter og forståelse av hva det er behov for i kommunen for å ivareta pasientene.

Regjeringen vil legge til rette for et samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten om ledelse. KS skal involveres i arbeidet. For at samarbeidet skal være mest mulig hensiktsmessig, er det viktig at sentrale parter på begge nivåer er involvert. Det vil være nyttig å dele erfaringer og konsepter innen ledelse på tvers av ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og sykehus vil kunne være et verktøy for felles tilnærming til ledelsesutvikling. Det er flere prosjekter i gang som kan være til inspirasjon. F.eks. har kommuner i Agder hatt et felles lederutviklingsprosjekt i samarbeid med Sørlandet sykehus. Helse Sør-Øst RHF og KS har et samarbeidsprosjekt knyttet til kompetanseutveksling basert på e-læring. E-læring er særlig relevant for den faglige kompetanseutviklingen, men kan også være et supplerende virkemiddel i en felles lederopplæring.

Siden foretaksreformen i 2002 har helseforetakene hatt ledelse og ledelsesutvikling som satsingsområde. Det er lagt ned en betydelig innsats ved det enkelte sykehus, på regionalt nivå og gjennom Nasjonal ledelsesutvikling som drives av de regionale helseforetakene i fellesskap. Dette har gitt resultater i form av tydeligere ledelse, mer ansvarliggjorte ledere og en mer omforent ledelseskultur. Dette er arbeid som den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan trekke lærdom fra, samtidig som spesialisthelsetjenesten kan lære av mye godt arbeid som skjer i kommunene.

Regjeringen vil legge til rette for at plasser på Nasjonalt topplederprogram i regi av Nasjonal ledelsesutvikling stilles til disposisjon for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender (2014–2017) gjennomfører tiltak som bidrar til å bygge kompetanse i forbedring og pasientsikkerhet hos helsepersonell og ledere (jf. omtale i kapittel 17).

Boks 16.1 Nasjonal ledelsesutvikling og Nasjonalt topplederprogram

De regionale helseforetakene jobber i fellesskap for å styrke ledelse i sykehusene gjennom Nasjonal ledelsesutvikling (NLU). Målet for Nasjonal ledelsesutvikling er å bidra til en helhetlig helsetjeneste for befolkningen på tvers av regionene gjennom å utvikle ledere som deler de samme verdier og oppfyller felles krav til ledelse i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal ledelsesutvikling driver programmet Nasjonalt topplederprogram (NTP). Topplederprogrammet skal bidra til verdiforankring og utvikling av et felles sett av kunnskap og ferdigheter hos fremtidige toppledere i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til å gjennomføre programmet, som går over 11 uker, støtter Nasjonal ledelsesutvikling opp om sykehuse-nes oppfølging av deltakerne før under og etter programmet. Siden starten i 2004 har over 500 personer deltatt på programmet.

Boks 16.2 Regjeringen vil:

- Bygge ut lederutdanningene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten som en del av det nye Kompetanseløft 2020.
- Arbeide videre med å styrke ledelsesfunksjonen i kommunene og styring og kontroll i helse- og omsorgstjenestene.
- Regjeringen vil legge til rette for regelmessig faglig dialog både mellom kolleger i primærhelsetjenesten og primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Videreføre arbeidet med ledelse i kvalitetsavtalen med KS.
- Legge til rette for at plasser på Nasjonalt topplederprogram i regi av Nasjonal ledelsesutvikling stilles til disposisjon for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Utarbeide veileder for kommunens oppfølging av private aktører med driftsavtale.

17 Kvalitet, pasient- og brukersikkerhet

Kommunen er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å drive systematisk kvalitetsforbedring og arbeide systematisk med pasient- og brukersikkerhet. Det innebærer planlegging, iverksetting, evaluering og systematisk forbedringsarbeid. Kvalitetsforbedring skal være en sentral oppgave for kommuneledelsen og ledelsen ved den enkelte virksomhet. Data fra tjenesten er nødvendig for systematisk kvalitetsarbeid. Et sentralt tiltak er derfor å etablere et register for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Både ledelsen og den enkelte helsearbeider har plikt til å involvere pasienter og brukere i utforming av tjenestene på systemnivå og valg av behandling på individnivå. Pasientene skal oppleve at tjenestene de mottar har god kvalitet. Kvaliteten blir ikke bedre enn det som leveres fra det svakeste leddet i behandlingsforløpet.

Regjeringen la høsten 2014 frem den første årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet, Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Meldingen gir en overordnet beskrivelse av status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten for 2013. Slik det framgår av meldingen, vil regjeringen arbeide for å begrense ubegrunnet variasjon, styrke ledelsen i sektoren og i større grad styre ut fra kvalitetshensyn. Viktige tiltak er å legge til rette for at alle kommuner kan delta i pasientsikkerhetsprogrammet, og å etablere flere kvalitetsindikatorer og systemer som skal bidra til bedre kvalitet. Det skal sikres tilstrekkelig kompetanse hos personellet, lederkompetansen skal styrkes, og krav til ledelse skal tydeliggjøres. Se kapittel 15 om kompetanse og kapittel 16 om ledelse.

17.1 Status og utfordringer

Det har vært økende oppmerksomhet rundt kvalitet og pasientsikkerhet de siste årene, og det er satt i gang flere tiltak for å styrke dette arbeidet, blant annet som ledd i oppfølgingen av Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Meldingen presenterer nasjonale tiltak på flere

områder for å støtte virksomhetenes arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet: 1) en mer aktiv pasient- og brukerrolle, 2) strukturer som støtter kvalitetsarbeidet, 3) kvalitetsforbedring i tjenestene, 4) større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet 5) mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder og 6) bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon.

Mange kommuner jobber systematisk og godt med kvalitetsforbedring og utvikler gode lokale løsninger som andre kommuner kan lære av. Det er likevel fortsatt behov for en koordinert, nasjonal innsats for å støtte kommunens kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Tilgang på nødvendige pasientopplysninger, registerdata og klinisk informasjon er viktige forutsetninger for å sikre god kvalitet i tjenestene og for å drive godt utviklingsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er betydelige mangler i kunnskapsgrunnlaget på disse områdene i dag. Rapporten OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014 påpeker at infrastruktur som gir beslutningstakere nødvendig informasjon om helse- og omsorgstjenestene, er utilstrekkelige og mye svakere enn i sammenliknbare land, som f.eks. Danmark.

Holdninger til pasientsikkerhet varierer. Flere steder har kvalitets- og forbedringsarbeidet manglet tydelig forankring i ledelsen i kommunen og er ikke blitt betraktet som en ledelsesoppgave. I en studie om holdninger til pasientsikkerhet identifiseres fire viktige forutsetninger for pasientsikkerhetsarbeidet hos fastlegene og i legevakt (Bondvik m.fl. 2014): samarbeidsklime, klima for sikkerhet, tilfredshet på jobben, ledelse og arbeidsforhold. Det er utviklet spørreskjemaer som kan måle pasientsikkerhetskultur, men det gjenstår fremdeles et arbeid på dette feltet. En måling viser at om lag 30 pst. av de spurte mener det er veldig, eller ganske sannsynlig, å bli skadet ved behandling utenfor sykehus (Haugum m.fl. 2014).

Forsinkelser og ansvarsglipp mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten i utredning og diagnostikk er en av de vanligste årsakene til henvisninger til pasient- og brukerombudene, omtrent likt med pasientskader og komplikasjoner. Det

viser ombudenes felles årsmeldingen for 2013. Dette kan føre til at alvorlig sykdom får utvikle seg, eller at pasienten får feil behandling. Mange pasienter og brukere får ikke tilstrekkelig informasjon.

Statens helsetilsyn og fylkesmennene gjennomførte 326 tilsyn i de kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2013, inkludert et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenesten. 180 tilsyn var systemrevisjoner. Fylkesmennene fant lovbrudd i 189 av tilsynene.

Undersøkelser tyder på at det er ubegrunnet variasjon i tjenesteutøvelsen. Dette handler om variasjon i prosesser, praksis og utfall, det vil si behandlinger som tilbys, prioriteringer som gjøres og medisinske resultater. Mange løser oppgavene godt, men ubegrunnet variasjon skal reduseres.

Tilsynsmyndighetene har anslått at det opprettes 3–4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn til allmenntilleggs virkninger for øvrig. De siste årene er det opprettet flere interkommunale ordninger. Tilsynsmyndighetene har i økende grad mottatt saker der det kan påvises systemsvikt ved slike løsninger. Flere personellgrupper er involvert, og Statens helsetilsyn ser sårbarhet knyttet til at kommunikasjon og samhandling svikter. Det vises til kapittel 31 hvor legevakt er omtalt.

Et område med store pasientsikkerhetsutfordringer er legemiddelbruk. Om lag 12 pst. av pasientene skyldes feil legemiddelbruk (St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktige legemiddelbruk, Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013). Eksempler på utfordringer er at pasienten bruker unødvendig mange legemidler som gir stor fare for uheldige kombinasjoner, eller får for høye eller for lave doser. Særlig eldre med flere sykdommer står i fare for legemiddelproblemer som følge av forskrivning av (for) mange legemidler. Avhenging av hvilke kriterier som legges til grunn, rapporteres om feilforskrivninger av legemidler til eldre i 10–25 pst. av forskrivningene. I St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktige legemiddelbruk poengteres at minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre i medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler.

Pasienter og brukere som ikke har norsk som morsmål vil ha spesielle utfordringer i møte med helse- og omsorgstjenesten. Dette gjør god kommunikasjon ekstra viktig. Tidligere forskning fra et vidt spekter av helsetjenester viser at språkbarriere mellom tjenesten og brukere utgjør en fare for pasientsikkerheten. Forskning viser også at

pasientens/brukeres forståelse av anbefalinger, instruksjoner og egen diagnose svekkes, at pasienten i mindre grad etterlever råd og instruksjoner, og at den generelle kvalitet på tjenestene går ned. Det er derfor viktig at helse- og omsorgstjenestene er bevisst på denne utfordringen og benytter kvalifiserte tolker. NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor omtaler manglende bruk av tolk i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil vurdere hvordan utredningen skal følges opp

En utfordring som er spesielt relevant for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er at helsepersonell og pasienter ikke har oppdatert oversikt over eller mangler tilgang til liste over pasientens faktiske legemiddelbruk. Helsepersonell mangler også relevant beslutningsstøtte i journal-systemet. Videre er legemiddelinformasjon i for liten grad tilpasset allmennheten med den konsekvens at pasientene ikke forstår den informasjonen som er ment for dem. The Commonwealth Fund undersøkelsen fra 2013 (Haugum m.fl. 2013) viser at Norge kommer dårligere ut enn gjennomsnittet når det gjelder feilmedisinering eller feilbehandling, samt åpenhet rundt dette.

Det forskrives også for mye antibiotika og vanedannende legemidler. Det fører til resistensutvikling og avhengighetsproblemer. Regjeringen har vedtatt at det skal utarbeides en tverrsektoriell strategi mot antibiotikaresistens våren 2015, med minst ett målbart mål for hver av sektorene helse, landbruk, fiskeri og miljø. Videre er det bestemt at det skal utarbeides en handlingsplan for helsevesenet i løpet av 2015 med mål om å redusere forskrivningen av antibiotika med 30 pst. innen 2020.

17.2 Vurdering og veien videre

Regjeringen er opptatt av at kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er tilstrekkelig forankret i ledelsen på alle nivåer, fra kommunestyret, kommuneadministrasjonen og til den enkelte virksomhet.

Kvalitet er nært knyttet til kompetanse, og det har vært et kompetanseløft i kommunene de senere år. Samtidig vil det være behov for mer og økt kompetanse fremover. Rapporten viser at kommuner som jobber strategisk med kompetanse, oppnår effekter også på andre områder enn å beholde, utvikle og rekruttere ledere og medarbeidere.

Helsedirektoratet skal følge med, analysere og være faglig normerende i god dialog med aktørene i kommunenes helse- og omsorgstjenester

og spesialisthelsetjenesten. Ulike tiltak som veiledere, retningslinjer og læringsnettverk, er verktøy for å bedre pasientforløpene.

Avtalen mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2012–2015 er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen bygger på dialog mellom partene i konsultasjonsordningen om de generelle rammebetingelsene for kommunesektoren. Avtalen angir mål og strategier for kvalitetsutvikling knyttet til bærekraft og nye løsninger, tjenesteutvikling, og personell og kompetanse. Konkrete tiltak for å nå målene utarbeides av partene i fellesskap. Gjennom partnerskapet med KS vil regjeringen videreføre og systematisere innsatsen med ulike tiltak og virkemidler som kan støtte kommunene og fylkeskommunene i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen vil løfte fram tre hovedområder for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet kommune: 1) Læring, utvikling og forbedring, 2) ledelse og 3) planlegging og kvalitetsindikatorer.

Læring, utvikling og forbedring

Regjeringen vil styrke det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet og bidra til at virksomhetene integrerer lærings- og forbedringsarbeid i tjenesteutøvelsen.

Dagens lovverk gir retning, rammer og innhold for lokalt kvalitetsarbeid, og det er utviklet en rekke verktøy og metoder for å drive systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i tjenestene. Det er imidlertid behov for å spre og implementere metodene for forbedring. I tillegg er det behov for økt åpenhet om feil og uønskede hendelser. Det er også viktig at det etableres rutiner både for å melde uønskede hendelser og for å gå gjennom slike hendelser på en systematisk måte slik at man kan lære av dem. Tilsynsrapporter bør brukes på en systematisk måte. Hendelsesanalyse er et viktig verktøy for å lære av uønskede hendelser og finne ut hvorfor noe gikk galt. Regjeringen legger til grunn at ledelsen i kommunen iverksetter tiltak for å sikre at kommunen tar ansvar for å korrigere påviste lovbrudd.

Læringsnettverk

Læringsnettverk er en arena for gjensidig læring og bidrar med faglig påfyll og verktøy for forbedringer. Læringsnettverk kan stimulere til spredning av forskning, utvikling av kunnskap og bygging av kompetanse og forbedring av kvalitet på

tvers av fagområder og profesjoner. Læringsnettverk kan også bidra til bedre samhandling, og at ny kunnskap og metoder tas i bruk. Nettverkene kan være av betydning ved implementering av nasjonale veiledere og retningslinjer.

Det er etablert to læringsnettverk forankret i kvalitetsavtalen. Nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med kroniske lidelser/eldre og nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med psykisk helse- og eller rusproblemer.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender brukte læringsnettverk for å implementere tiltakspakkene i kampanjen. Metodikken videreføres i det femårige Pasientsikkerhetsprogrammet.

Etisk kompetanseheving for bedre kvalitet

Gjennom prosjektet Samarbeid for etisk kompetanseheving, gjennomfører over 230 kommuner systematisk etisk refleksjon for ansatte i tjenestene. Prosjektet er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS, arbeidstakerorganisasjonene, Senter for medisinsk etikk og Helsedirektoratet. Etisk refleksjon bidrar til at helse- og omsorgstjenesten finner nye og bedre løsninger, styrker ansattes faglige bevissthet og bidrar til at virksomhetene jobber systematisk med holdningsskapende arbeid. Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo er også tildelt et spesielt ansvar for å sikre langsiktig oppbygging og forankring av etisk kompetanse, bl.a. gjennom veiledning, undervisning, utvikling av læremateriell, forskning og formidling.

Nasjonalt program for pasientsikkerhet – I trygge hender

Det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet I trygge hender ble lansert i februar 2014. Programmet skal bidra til å bygge kompetanse i forbedring og pasientsikkerhet hos helsepersonell og ledere. Brukerinvolvering skal stå sentralt.

Programmet viderefører arbeidet fra pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender, og skal bidra til at tiltakene fra denne blir forankret og gjennomført både i sykehus og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Programmet eies og drives av aktørene i helse- og omsorgstjenesten, som utgjør styringsgruppen. Det er etablert et sekretariat i Helsedirektoratet.

Det er utviklet tiltakspakker med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten på disse områdene: Riktig legemiddelbruk i sykehjem, samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten, forebygging av trykksår, forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter, forebygging av fall i helseinstitusjoner og ledelse av pasientsikkerhetsarbeid.

Tiltakspakkene består av de fire til fem viktigste kunnskapsbaserte tiltakene for å oppnå forbedring på området. Det er knyttet måltall og indikatorer til alle tiltakspakkene. Måling av pasientskader og pasientsikkerhetskultur fra kampanjen skal videreføres i spesialisthelsetjenesten. Det jobbes med å utvikle liknende målinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som vil bli vurdert inkludert i programmet. Kommunenes deltakelse i pasientsikkerhetskampanjen var et nybrottsarbeid i internasjonal sammenheng. Kommuneperspektivet skal videreutvikles i det femårige programmet. Regjeringen vil oppfordre og legge til rette for at alle kommunene deltar i programmet. Programmets strategi for 2014–2017 skisserer flere tiltak for å videreutvikle kommuneperspektivet. Pasientsikkerhetsarbeidet må forankres i ledelsen, både politisk gjennom kommunestyret og faglig gjennom administrasjonssjefen/rådmann, og ledere på lavere nivåer. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester skal fortsatt ha en sentral rolle i spredning av innsatsområder i sykehjem og hjemmetjeneste. Programmet skal fortsatt formidle kunnskap om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. Det vil bli tilrettelagt for pasientsikkerhetsarbeid blant fastlegene. Programmet skal stimulere og oppmuntre leger i spesialisering til å ta kurs i samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang. I samarbeid med KS skal det gjennomføres et pilotprosjekt for å teste ut pasientsikre kommuner.

Boks 17.1 Pasientsikre kommuner

Pilotprosjektet pasientsikre kommuner handler om helhetlig pasientsikkerhetsarbeidet i kommunen. Det gjøres ved å involvere kommuneledelsen, hjemmetjenesten, sykehjem, fastleger, brukere og nærmeste utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjeneste. Ansvarsfordelingen mellom akatører og nivåer skal beskrives i en egen prosjektplan. KS og Tønsberg kommune samarbeider om prosjektet.

Retningslinjer og veiledere

Faglige retningslinjer og veiledere er viktig for å yte kunnskapsbaserte tjenester av god kvalitet og bidra til å redusere ubegrunnet variasjon i tjenesteutøvelsen. Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Helsedirektoratet går nå gjennom sitt arbeid med retningslinjer og veiledere. Hensynet til implementering i tjenestene må tillegges større vekt. Elektroniske verktøy for beslutningsstøtte vil være et viktig hjelpemiddel. Det er også et stort behov for veiledere og retningslinjer for behandling og oppfølging av pasienter med flere samtidige kroniske sykdommer. Endelig bør det vurderes å lage pasient- og brukerversjoner av retningslinjene.

Pilotering av meldeordning i kommunene

Det er politisk og faglig enighet om at det skal være åpenhet om uønskede hendelser. Meldeordninger for uønskede hendelser er et viktig virkemiddel for å bedre pasientsikkerheten. Internasjonal kunnskap, anbefalinger fra Europarådet, EU og retningslinjer fra Verdens helseorganisasjon anbefaler å etablere meldesystemer med læring som formål. Sentralt i anbefalingene er at den som

Boks 17.2 Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender

Målet med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 2011–2013 var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten. Dette skulle oppnås ved hjelp av målrettede tiltak på prioriterte områder. Kampanjen har jobbet med å styrke kompetanse i forbedringsarbeid hos helsepersonell og ledere og med å gjennomføre tiltak som vil redusere skader og bedre pasientsikkerheten på utvalgte innsatsområder.

Det ble utviklet tiltakspakker for 11 innsatsområder. Disse ble valgt basert på kunnskap om hva som forårsaker flest pasientskader. I tillegg ble ledelse valgt som et tolvte innsatsområde. Totalt 38 pst. av landets kommuner hadde ved utgangen av 2013 implementert ett eller flere relevante innsatsområder ved ett eller flere av sine sykehjem og hjemmetjenester.

melder en hendelse, skal være trygg på at det å melde ikke innebærer straff. Kunnskapssenteret forvalter denne typen meldeordning for spesialisthelsetjenesten. Virksomheter i spesialisthelsetjenesten har, i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, plikt til å melde om hendelser som førte til betydelig personskade på pasient, og hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. For å sikre tilsynsmessig oppfølging av de alvorligste hendelsene, inneholder § 3-3a plikt til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser. Kommunen har ingen tilsvarende plikter. Den enkelte helsearbeider som har autorisasjon og som jobber i kommunen, vil derimot, etter helsepersonelloven § 38 ha plikt til å gi informasjon til fylkesmannen om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret skal utarbeide forslag til hvordan dagens meldeordning for uønskede hendelser som gjelder for spesialisthelsetjenesten kan prøves ut i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i utvalgte kommuner. Videre skal de i et utvalg kommuner bidra til forsøk med lokal meldeordning til politisk behandling i kommunen, som er tilpasset kommunen som selvstendig forvaltningsnivå. Direktoratet arbeider med å konkretisere oppdraget. KS og Statens helsetilsyn er trukket med i arbeidet.

Problemstillinger knyttet til meldeordningene er innarbeidet i mandatet for det regjeringsoppnevnte utvalget (Arianson-utvalget) som skal vurdere hvordan alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten bør følges opp av samfunnet. Utvalgets innstilling og erfaringer fra pilotering av meldeordning for uønskede hendelser i enkelte kommuner vil være et viktig kunnskapsgrunnlag for å vurdere om og eventuelt hvordan meldeplikt i kommunene skal innføres.

Ledelse og planlegging

Regjeringen vil legge til rette for at ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene får økt ledelseskompetanse generelt og mer kompetanse i forbedringsarbeid spesielt. Det vises for øvrig til kapittel 16 om ledelse.

Som oppfølging av samhandlingsreformen og arbeidet med Omsorgsplan 2015 er utdanningstilbudet Helse- og omsorg i plan etablert ved fem universiteter/høgskoler. Målet er å øke kompetansen på planverk og planprosesser på kommunalt og statlig nivå. Prosjektet omfatter etter- og videreutdanningstilbud på masternivå, nettverksarbeid, kurs og seminarer, utvikling av planleggingsverktøy og videreformidling av kunnskap om planlegging.

I møte med framtidens utfordringer holder det ikke å utvide dagens tiltak og løsninger basert på fremskrivninger av demografi og behov. De kommunale planprosessene må benyttes mer innovativt til å utrede alternativer og finne nye løsninger, ta i bruk nye metoder, ny teknologi og trekke inn andre aktører. I dette arbeidet må fagfolk og politikere trekke inn brukere, pårørende, organisasjoner, bedrifter og andre lokale ressurser. Ett område det særlig er bruk for innovasjon, er i tjenestene til brukere med store og sammensatte behov. Det er særlig nye måter å organisere samarbeidet mellom fastleger/primærhelseteam og hjemmesykepleien som må utvikles gjennom innovasjon.

Lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav

Det er tidligere foreslått å innføre krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav gjennom endring i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Det ble foreslått at kravet bare skulle gjelde for de tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som i forskriften er omtalt som «pleie- og omsorgstjenester». Videre oppfølging av forslaget bør ses i sammenheng med en mer overordnet satsing på tiltak for økt kvalitet og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil utrede om et krav om politisk behandling bør rette seg mot både de prosedyrer som kommunen skal etablere for å sikre at brukerne får tjenester i tråd med forskriften, og innholdet i kvalitetskravene. Regjeringen vil også utrede om et krav om politisk behandling skal gjelde for alle de tjenester kommunen er forpliktet til å tilby etter helse- og omsorgstjenesteloven. Slike endringer av kvalitetsforskriften kan bidra til å sikre lokalpolitisk ansvarliggjøring. Dette vil også innebære at politisk nivå i kommunene indirekte vil måtte vurdere om kommunen har nødvendig kompetanse for å oppfylle pålagte kvalitets- og kompetansekrav.

Kvalitetsindikatorer

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen nødvendig og likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet gjennom pålitelig informasjon om kvalitet og prestasjoner i helse-tjenesten. Når kvalitetsindikatorer kombineres med pasientrapporterte effektmål og resultat av pasient- og brukerundersøkelser, gir det et mer fullstendig bilde av kvaliteten i tjenestene. Helsedirektoratet skal videreutvikle brukerundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropp-

levd kvalitet i tjenestene. Det er behov for å utvikle bedre og flere kvalitetsindikatorer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tjenestene bør systematisk benytte brukererfaringer, indikatorer og registerdata i kvalitetsforbedringsarbeidet. En metode er å sammenlikne egen praksis med kollegers. Norsk kvalitetsforbedring i laboratorievirksomhet utenfor sykehusene (Noklus) gjennomfører f.eks. det såkalte praksisprofilprosjektet. Prosjektet samler inn laboratorierelevante data fra legekontorer over hele landet og gir legen tilbakemelding på egen praksisprofil sammenliknet med andres. Et stort flertall av sykehjemmene er nå med i Noklus, og kvaliteten på analysearbeidet er betydelig forbedret.

Legeforeningen arbeider med å etablere relevante og kunnskapsbaserte kvalitetsindikatorer, bl.a. gjennom Senter for kvalitet i legekontor (SKIL). SKIL kan gi støtte til lokalt forbedringsarbeid på legekontorer når det gjelder klinisk kvalitet, praktisk tjenesteyting og forbedring av forløp for kronisk syke. Ulikheter mellom legepraksiser gir bakgrunn for å velge områder for forbedring. SKIL er begrenset til å omfatte legetjenester. Regjeringen mener at metoder for forbedringsarbeid bør deles på tvers av faggrensene og at kvalite-

ten i tjenesten sett fra pasientens ståsted gjelder forløp, ikke kun deltjenester.

Boks 17.3 Regjeringen vil:

- Oppfordre alle kommuner til å delta i pasientsikkerhetsprogrammet
- Etablere flere kvalitetsindikatorer fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Bidra til å styrke den etiske kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Vurdere å utvide den nasjonale meldeordningen for uønskede hendelser til kommunale helse- og omsorgstjenester
- Videreutvikle beslutningsstøtte som fagprosedyrer, retningslinjer og veiledere
- Utrede tiltak for å sikre lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav
- Videreføre nasjonale læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp
- Vurdere hvordan NOU 2014: 8 – Tolking i offentlig sektor skal følges opp

18 Digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten

Teknologi vil bli en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Moderne IKT-løsninger vil i større grad bidra til at innbyggerne og pasientene kan ta aktive valg rundt egen helse og gi dem bedre mulighet til å påvirke eget helsetilbud. Samtidig vil IKT som virkemiddel bidra til bedre kvalitet og en mer effektiv kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten arbeider nå sammen med Helsedirektoratet med å se på hvordan visjonene i Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal* kan realiseres. Målet er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i landet pasienten og brukeren blir syk eller får behandling. Videre er det et mål at digitale tjenester på nett skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Tjenester på nett skal også gi grunnlag for mer delaktighet og innbyggerne skal i større grad bestemme utforming av eget tjenestetilbud.

De siste årene har det skjedd en styrking av IKT-området i helse- og omsorgssektoren, og det pågår nasjonale prosjekter og tiltak for å nå nasjonale mål på digitaliseringsområdet. Bl.a. har regjeringen styrket budsjettet i 2014 med 45 mill. kroner for oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013). I budsjett for 2015 foreslås ytterligere en styrking på over 80 mill. kroner for til arbeidet med IKT i helse- og omsorgstjenesten og budsjettet utgjør nå om lag 390 mill. kroner. Likevel gjenstår en rekke utfordringer med dagens IKT-systemer.

18.1 Status og utfordringer

Det finnes i dag få og begrensede digitale innbyggertjenester, spesielt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det eksisterer f.eks. ikke elektroniske tjenester som gir innbyggeren en helhetlig oversikt over egne helseopplysninger, prosesser eller planer. Pasienten må selv kontakte hver enkelt aktør for å få papirutskrift av relevante opplysninger. E-post tilfredsstiller ikke sikkerhets-

messige eller funksjonelle behov for å fungere som grunnlag for en digital dialog mellom pasient og behandler.

Dagens styringsmodell gir lav gjennomføringsevne med lite koordinert utvikling av IKT i helse- og omsorgssektoren. Det mangler en enhetlig og tydelig styringsmodell til å sikre en felles porteføljestyring på sektorovergrepene områder. Det er den enkelte kommune, legekontor og fysikalsk institutt sitt ansvar å sørge for innføring og drift av egne IKT-løsninger. Dette har resultert i mange forskjellige systemoppsett som ikke støtter helhetlige pasientforløp på en god nok måte, f.eks. at de legger for dårlig til rette for elektronisk samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivåer.

Elektroniske pasientjournaler (EPJ) har lenge vært det viktigste arbeidsverktøyet for helsepersonell i primærhelsetjenesten. Fastlegene var tidlig ute, og de første startet allerede på 1980-tallet med første generasjon journalsystemer. De senere årene har også fysioterapeuter og kommunal pleie- og omsorgstjeneste innført elektroniske løsninger. Mange opplever systemene som gode arbeidsverktøy for dokumentasjon, men det er et betydelig etterslep på utvikling av funksjonalitet for deling av informasjon, oppfølging av legemidler, beslutnings- og prosessstøtte, og rapporteringsmuligheter.

Helsedirektoratet og KS har våren 2014 gjennomført en kartlegging av status, utfordringer og behov knyttet til pleie- og omsorgssystem i kommunene. Undersøkelsen viser at de mest brukte systemene mangler funksjonalitet for å understøtte den kliniske oppfølgingen av pasientene. Dette gjelder spesielt håndtering av legemidler, henvisning, epikriser og på laboratorieområdet. Det er tungvint å få oversikt over pasienters helse-tilstand gjennom journalsystemet og å søke opp historisk informasjon.

Dagens informasjonsdeling på tvers av virksomhetsgrenser er basert på elektroniske meldinger. Fra 2008 har det pågått et nasjonalt program i regi av Helsedirektoratet, som ble overført til Norsk Helsenett SF med virkning fra 1. januar 2012, for å bedre styringen av arbeidet i sektoren

og å bidra til utbredelse av nødvendige tekniske løsninger for meldingsutveksling. Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon om elektronisk meldingsutveksling publisert i 2014 viser at meldingsutveksling mellom helseforetak, kommuner og legekontor fortsatt kjennetegnes ved mye bruk av papir. Det er særlig tre overordnede forhold Riksrevisjonen trekker frem:

- nødvendige meldingsstandarder er ikke utviklet
- adressering av meldinger fungerer ikke tilfredsstillende
- allerede utviklede tekniske løsninger er ikke tatt i bruk eller benyttes ikke i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur

En analyse utført på oppdrag fra Helsedirektoratet (Gartner 2014), viser at ingen av dagens norske og nordiske leverandører tilbyr funksjonalitet på linje med de ledende systemene internasjonalt. Det pekes på at norske og nordiske leverandører mangler finansiell styrke og utviklingskapasitet til å gjennomføre det løftet som er nødvendig for å lukke det funksjonelle gapet mellom dagens situasjon og ambisjonsnivået gitt i Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger – én journal. At sektoren har vært ukoordinert ved bestilling av ny funksjonalitet forverrer situasjonen.

18.2 Digitale tjenester til innbyggerne

Den norske befolkningen er aktive nettbrukere og vant til å innhente informasjon og utføre tjenester selv. Selv om helse- og omsorgssektoren har ligget noe bak andre sektorer når det gjelder tjenester på nettet, blir tilbudet stadig utvidet.

Tilgang til egne helseopplysninger og selvbetjening er viktige virkemidler for å gi brukerne en enklere hverdag og reell medvirkning i egen behandling. Nye digitale tjenester gjør det mulig for pasienter og brukere å ha elektronisk dialog med sine behandlere, og de kan finne relevant informasjon om egen helse. Digitale tjenester til innbyggerne må være utformet slik at brukere med ulike funksjonsevner kan bruke løsningene uten komplisert tilleggsutstyr eller tjenester. Det må vurderes hvordan informasjonen også kan tilrettelegges ved å bruke andre egnede kanaler, f.eks. via telefon eller videosamtale.

Digital dialog og selvbetjeningsløsninger via helseportalen helsenorge.no

Helsenorge.no ble etablert i 2011 og skal være en felles inngangsport til offentlige helsetjenester på

nett. I løpet av noen få år har helsenorge.no blitt en viktig informasjonskilde og kommunikasjonskanal for pasienter og brukere. Flere tjenester er under utvikling, herunder løsning for digital dialog mellom pasient/innbygger og fastlege; bestille time, elektroniske henvendelser, e-konsultasjon og fornye resepter. Uttesting av løsningen for digital dialog har startet og skal fortsette våren 2015.

Portalen har i dag selvbetjeningstjenester som gir innsyn i egne pasientopplysninger, slik som resepter og kjernejournal. Deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har også tilgang til denne informasjonen. Dette er ett viktig steg på veien mot visjonen om én innbygger – én journal. Enkelte helseforetak gir nå pasienter elektronisk tilgang til egne journalopplysninger. Tilsvarende tiltak er ikke etablert i kommunene.

Stadig flere fastleger tilbyr pasienten muligheter for elektronisk dialog. Hvorvidt en fastlege i dag har et digitalt tilbud avhenger av om fastlegen har kjøpt denne tjenesten av sin systemleverandør. De løsningene som finnes på markedet har forskjellige brukergrensesnitt, varierer i funksjonalitet, og få av tjenestene har pålogging på tilstrekkelig høyt sikkerhetsnivå.

På helsenorge.no er det utviklet en tjeneste som tilbyr digital dialog med fastlegen uavhengig av hvilken systemleverandør fastlegen benytter. Her skal innbyggerne få mulighet til å bestille time hos fastlege på nett, stille spørsmål til legen (e-kontakt og e-konsultasjon) og fornye resepter. Sammen med andre tjenester på helseportalen gir dette en helhetlig brukeropplevelse for innbyggeren. Digital dialog mellom pasient og fastlege skal testes ut våren 2015.

For at innbyggere skal kunne ta vare på sin dialog med helsetjenesten blir det mulig å opprette et personlig helsearkiv på helsenorge.no. Her kan innbyggerne laste opp og lagre egne helsedokumenter og det legges til rette for å dele informasjon med helsepersonell. Det vurderes også muligheter for å benytte det personlige helsearkivet til å lagre data fra velferdsteknologi, personlige sensorer og mobilapper.

Pasientens tilgang til kvalitetssikret kunnskap

I dag gis pasienten ofte muntlig informasjon under konsultasjonen som i varierende grad oppfattes, huskes og forstås. Pasienten skal kunne være en aktiv deltager i beslutninger knyttet til egen behandling. For å understøtte dette kan pasient og bruker få hjelp av selvbetjeningsløsninger som hjelper til med å velge tilgjengelige behand-

lingsalternativ og som viser fordeler og ulemper ved de ulike alternativene.

Fritt sykehusvalg og Fritt behandlingsvalg er eksempler på slike tjenester. På helsenorge.no kan man se ventetider, kvalitetsindikatorer og informasjon om sykdom og behandling. Pasienter kan alene, eller sammen med sin fastlege, gjøre valg avhengig av om geografi, ventetid eller kvalitet veier tyngst. Flere tjenester er også under utvikling og vil bli tilgjengelig for innbyggerne etter hvert. Dette vil bidra til at pasienten har tilgang til kvalitetssikret og tilstrekkelig kunnskap.

18.3 Helsepersonells digitale verktøy

Det er et langsiktig mål at alle helsepersonellgrupper tar i bruk digitale løsninger for samhandling. Det må arbeides videre for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de nødvendige digitale verktøyene som understøtter deres arbeidsoppgaver på en god måte, og at det legges til rette for elektronisk samhandling. Dette gjelder spesielt helsepersonellgrupper som ikke har kommet langt nok i dette arbeidet.

Selv om fastleger, sykehus og kommuner nå er tilknyttet helsenettet, gjenstår det fortsatt grupper helsepersonell som utfører behandling for det offentlige som ikke er tilknyttet. Dette inkluderer fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykologer. Om lag 4500 av disse er tilknyttet den offentlige helsetjenesten utenfor institusjon, og disse samhandler i liten grad elektronisk.

Behov for felles standarder, prosedyrer og kodeverk

Elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) er helsepersonells viktigste arbeidsverktøy, blant annet for å få tilgang til nødvendig pasientinformasjon og dokumentasjon. Helse- og omsorgssektoren har gjort en betydelig innsats med å ta i bruk informasjonsteknologi for helsepersonell, og på utvalgte områder kommer Norge relativt godt ut i internasjonale sammenligninger når det gjelder basis EPJ-funksjonalitet. Det gjenstår likevel en del før systemene er gode nok.

Det må igangsettes tiltak som sikrer bruk av standardiserte koder og termer direkte i kliniske fagsystemer for alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må være mulig at data kun registreres én gang og kan gjenbrukes/deles, f.eks. data knyttet til Ipløs, registreringer i helsestasjoner og det fremtidige Khor.

Kunnskapsgrunnlaget for styring, kvalitetsforbedring og forskning skal gjøres mer tilgjengelig.

Helsepersonell må kunne oppleve nytte av egen registrering gjennom å få tilgang på oppdaterte nøkkeltall og resultater. Det er også nødvendig med bedre oversikt og enklere tilgang til data og statistikk, for ledere, administrativt personell, forskere, forvaltning og myndigheter.

IKT-drift på fastlegekontor

De aller fleste fastleger driver privat praksis og har et selvstendig ansvar for egen IKT-drift. Det er ulike drifts- og forvaltningsløsninger, og den enkelte fastleges kompetanse på området varierer. Mange fastleger har inngått i kontorfellesskap, med felles drift av journalsystem, noen også med bistand fra ekstern leverandør. Det er behov for en helhetlig gjennomgang av drifts- og forvaltningssituasjonen på IKT-området ved legekontor.

Finansieringsordninger som understøtter nye arbeidsmåter og elektronisk kommunikasjon

Teknologi muliggjør nye måter å jobbe på og nye måter å samarbeide på. Det ble i 2013 etablert en egen takst for e-konsultasjon mellom innbygger og fastlege. Taksten gjelder i dag kun skriftlig kommunikasjon, men i tiden fremover kan det være ønskelig med konsultasjoner som også omfatter bilde, lyd og video. Bruk av f.eks. videokommunikasjon øker. Tall fra Norsk Helsenett SF viser at det i 2012 ble det gjennomført totalt mer enn 150 000 møter og konferanser via høykvalitetsvideo i helse- og omsorgssektoren i Norge. Dette er mer enn 200 per dag. Vi ser at video brukes stadig oftere, mellom sykehus, spesialist, kommuner, Nav og pasienten selv. Det kan blant annet dreie seg om oppfølging av kroniske sykdommer, veiledning, møter, rehabilitering og sykdomsoppfølging (dialogmøter). I tillegg pågår det prosjekter for utprøving av velferdsteknologi for trygghet og mestring, og for behandling og oppfølging av kronisk syke på avstand. Slik bruk av teknologi innebærer ofte forskyvning av oppgaver mellom f.eks. spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Dagens finansieringsordning er ikke tilrettelagt for denne utviklingen. Finansieringsordninger som understøtter og legger til rette for økt bruk av digital kommunikasjon og nye samarbeidsformer må utredes.

Samarbeid om EPJ-utvikling for legekontor

Ved forhandlingene for fastsettelse driftstilskudd, basistilskudd og refusjonstakster våren 2014 ble

staten og Den norske legeforening enige om å avsette totalt 17 mill. kroner til IKT-utvikling i legekantorene. Halvparten av midlene tildeles over statens budsjett og lik andel ble avsatt til fordeling over Normaltariffens takster. Midlene skal benyttes til utvikling av IKT-verktøy som bidrar til å skape pasientens helsetjeneste og som i større grad ivaretar pasientsikkerhet og sikrer kvalitet i pasientbehandlingen, understøtter samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren samt understøtter mer effektiv ressursbruk.

18.4 Velferdsteknologi og m-helse

Ny teknologi kan bidra til bedre helse- og omsorgstjenester og gi flere mulighet til å mestre egen hverdag. Nærmest alle kommuner snakker i dag om begrep som GPS-sporing, roboter, hjemmeovervåking og aktiv bruk av videokonferanse. Flere virkemidler kan bidra til å nå målet om en mer pasient og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Som eksempler kan nevnes; selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon, beslutningsstøtteverktøy, og utviklingen av velferdsteknologi. Bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene åpner et mulighetsrom på flere måter.

Det ble i 2013 etablert et Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi. Hovedmålet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Velferdsteknologi-programmet følges opp av Helsedirektoratet. Det er gjennom Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi gitt støtte til prosjekter med formål å utvikle og utprøve velferdsteknologiske løsninger. Helsedirektoratet inngikk i 2014 en avtale med KS om videreutvikling av verktøyet Veikart for velferdsteknologi og Velferdsteknologiens ABC. Veikart for velferdsteknologi gir veiledning til kommunene i hvordan velferdsteknologiprojekter kan drives fram i praksis, og skal etter planen lanseres med nye verktøy i 2015. Velferdsteknologiens ABC vil foreligge i første versjon i 2015, og skal bli en praktisk opplæringspakke for kommunene. I tillegg pågår et arbeid ledet av Helsedirektoratet med å utvikle en veileder innen velferdsteknologi knyttet til Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har i arbeidet med å etablere åpne standarder for velferdsteknologi utredet norsk tilknytning til det internasjonale rammeverket Continual Health Alliance.

I tillegg til velferdsteknologi, ser vi en økende bruk av mobil helseteknologi (m-helse). I de senere årene har mobiltelefonen utviklet seg til å bli en fullverdig datamaskin. F.eks. gir helseapper på mobiler og nettbrett muligheten til overvåking av egen helsetilstand og innsamling av personlige helsedata i sanntid. Det må sees på hvordan helse- og omsorgssektoren kan ta i bruk mulighetene m-helse gir på en best mulig måte. Helsedirektoratet har derfor etablert et prosjekt for m-helse som starter opp i 2015. I tillegg deltar Norge i m-helseprosjektet som ledes av Verdens helseorganisasjon (WHO) og International Telecommunication Union (ITU); Be He@lthy – Be mobile. Formålet med prosjektet er å benytte mobilbaserte verktøy og helseapplikasjoner (helseapper) som et ledd i kampen mot ikke-smittsomme sykdommer som kreft, diabetes, kols og overvekt. Norge deltar i prosjektet sammen med syv andre land. Active and Assisted Living Research and Development Programme (AAL) er et europeisk samarbeid om nyskapende og nyttige IKT-baserte løsninger for eldre som også Norge deltar i. AAL-programmet er opptatt av sterk brukerinvolvering i prosjektene og god deltakelse fra små og mellomstore bedrifter. Programmet utlyser felles midler fra programmet Health, demographic change and Well-being i Horisont 2020 og nasjonale programmer.

Ved hjelp av ny teknologi kan pasienter og brukere medvirke i behandling på en annen måte enn i dag slik at oppfølging av sykdom blir mer automatisert og effektiv og egen mestringsevne øker. Ny teknologi vil tvinge fram nye arbeidsformer i tjenestene.

Stortinget har ved behandling av Innst. 11 S (2014–2015) besluttet å bevilge 30 mill. kroner til etablering av et nasjonalt prosjekt innen teknologi og tjenester for behandling og pleie hvor kronisk syke blir fulgt opp av helsepersonell på avstand ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger. Helsedirektoratet har i 2015 fått i oppgave å etablere et slikt nasjonalt prosjekt, som også skal omfatte følgeforskning av brukererfaringer og helseøkonomiske konsekvenser.

Ved bedre utnyttelse av sensorteknologi, kan pasienter i større grad tilbringe sitt liv i hjemmet under forsvarlige forhold fremfor å flyttes på institusjon.

Kvalitetssikring av løsningene

Det er viktig at pasienter og helsepersonell kan være trygge på at verktøyene er sikre i bruk. Dette gjelder særlig der løsningene skal benyttes i

Boks 18.1 Sensorteknologi

Eksempler på bruksområder for sensorteknologi kan være:

- Sensorer som brukes i pasientomsorg/ behandling kan inndeles utfra hvor de plasseres
- Sensorer som måler spesifikke stoffer i blod (f.eks. glukose)
- Sensorer som er implantert i pasienten (f.eks. pacemaker og implantert defibrillator)
- Sensorer som pasienten kan ta inn via munnen (f.eks. sensorer som ligger i legemidler og gir signal når et spesifikt legemiddel er konsumert, dose og tid)
- Sensorer på huden (f.eks. plaster eller digital tatovering)
- Sensorer pasienten bærer med seg eller er nær (sko, klær teppe eller seng, klokke mv.)
- Eksterne sensorer som koples til kroppen (Blodtrykk, pulsoximeter mv.)
- Sensorer i omgivelsene rundt en pasient

forbindelse med behandling og oppfølging av sykdom. Arbeidet med velferdsteknologi og m-helse bør inkludere metoder og rammeverk for standardisering, kvalitetssikring og godkjenning av de ulike løsningene.

Standardisering av velferdsteknologi med Continua

Så langt har det vært få føringer fra det offentlige på hvordan ulike typer velferdsteknologi skal kunne virke sammen og utveksle informasjon. For å sikre at ulike løsninger fungerer sammen, vil regjeringen innføre standardiseringsrammeverket Continua Health Alliance (Continua) på velferdsteknologiområdet i Norge. Continua skal sikre at ulike teknologiske løsninger snakker med hverandre på tvers av kommuner, virksomheter og leverandører. Rammeverket har god tilslutning internasjonalt og alle de nordiske landene vurderer tilknytning til Continua. Felles standarder og rammeverk vil kunne bidra til bedre løsninger for kommuner og innbyggere, samtidig som det vil gi økt forutsigbarhet og markedsfordeler for næringslivet.

18.5 Sterkere nasjonal IKT-styring og prioritering

I Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal vises det til behovet for bedre organisering, styring, og ressursbruk på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Det betyr bl.a. at ansvar og myndighet må tydeliggjøres, og at bestillinger må samordnes på tvers av nivå og sektorer. Dette for å oppnå koordinert og lik utvikling i helse- og omsorgssektoren, særlig på nasjonale og prioriterte digitale satsingsområder. Dette er spesielt viktig for kommuner, fastleger og fysioterapeuter, som ikke har en sentral bestillerorganisasjon, men der bestillinger i dag ivaretas av den enkelte virksomhet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere statlig virkemiddelbruk for styrket gjennomføringsevne på IKT-feltet. Oppdraget inkluderer vurdering av nye modeller for finansiering av IKT-utviklingen på tvers av aktørene i sektoren, herunder både forslag til nye statlige bevilgninger og delfinansiering fra kommuner og RHF. Det skal sees på muligheter for felles beslutningsprosesser for IKT-utvikling som omfatter hele sektoren, og om det er behov for nye eller endrede lov- og forskriftshjemler. Det er også gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede etablering av et eget IKT-direktorat basert på de nasjonale digitale tjenestene Helsedirektoratet utvikler. Begge oppdragene vil være sentrale for å sikre raskere og mer helhetlig fremdrift på tvers av nivåene i sektoren på IKT-området.

Enkelte regelverksendringer er allerede gjennomført. Disse stiller krav til at virksomhetene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bruker programvare som tilfredsstillende obligatoriske krav. I 2015 trådte ny pasientjournallov i kraft. Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren er forankret i den nye loven og forventes å tre i kraft i løpet av 2015. Forskriften stiller krav om at aktørene i helse- og omsorgstjenesten skal bruke elektroniske informasjonssystemer for å behandle helseopplysninger, og regulerer hvilke IKT-standarder som skal brukes for ulike samhandlingsformer mellom aktørene

Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (Nuit) er etablert for å sikre koordinering og prioritering av e-helseutvikling av nasjonal betydning, gi forutsigbarhet for leverandørene og en helhetlig prosess fra innmelding av tiltak til anbefalt prioritert utvikling. Utvalget består av 14 medlemmer som representerer de største interessentene i helse- og omsorgssektoren, og er ledet av Helsedirektoratet. Kommune-

sektoren har fire representanter i tillegg til en representant for privatpraktiserende leger.

Nasjonalt handlingsplan for e-helse (2014–2016) gir en samlet fremstilling av pågående og planlagte nasjonale e-helsetiltak. Tiltakene i handlingsplanen er ikke prioritert og konsekvensutredet, men danner grunnlag for utarbeidelse av årlige tiltaksplaner etter gjennomført prioriteringsprosess i Nuit.

Utveksling av informasjon på tvers av virksomhetsgrenser krever pålitelig og sikker overføring av meldinger. Register og andre løsninger som benyttes til meldingsutveksling skal bli mer robuste for å tilfredsstille eksisterende krav til sikkerhet og pålitelig adressering. Et senter for test og godkjenning av elektroniske meldinger skal styrkes og videreutvikles. I første omgang vil testing kunne tilbys virksomheter og systemleverandører til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det skal utarbeides målbilde og veikart for videreføring av elektronisk meldingsutveksling, herunder avklare roller og ansvarsområder, forvaltningsmodell, finansieringsmodeller. I den forbindelse skal det utredes om det er behov for konsolidering av standarder på eksisterende meldinger.

Boks 18.2 Regjeringen vil:

- Arbeide for at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i landet pasienten og brukeren blir syk eller får behandling
- Fortsette satsingen på nasjonale IKT-tiltak for bedre digital samhandling som kan understøtte den kommunale helse- og omsorgstjenesten på en god måte
- Utnytte mulighetene som ligger i nye teknologiske hjelpemidler som mobil helse-teknologi, velferdsteknologi og dialogtjenester
- Arbeide for utvikling av felles standarder og rammeverk som vil kunne bidra til bedre løsninger for kommuner og innbyggere
- Vurdere statlig virkemiddelbruk for styrket gjennomføringsevne på IKT-feltet
- Videreføre samarbeidet om EPJ-utvikling på legekantor (EPJ-løftet)
- Etablere et nasjonalt prosjekt for behandling og pleie hvor kronisk syke blir fulgt opp av helsepersonell på avstand ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger, jf. Innst. 11 S (2014–2015)

19 Kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister

For å kunne forvalte og utvikle en kommunal helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet må nasjonale helsemyndigheter ha kunnskap om en rekke forhold. Det må finnes kunnskap om hvilke ressurser som finnes i tjenesten, om hvilke tjenester som ytes og i hvilket omfang, og om hvem som mottar hvilke tjenester. De ansvarlige må vite i hvilken grad tjenestene faktisk fungerer etter hensikten og overordnet sett oppnår de resultatene som ønskes, og om pasienter og brukere opplever tjenestene som gode. Videre trengs informasjon om forekomst og årsaker til sykdom, funksjonssvikt og sosiale problemer, slik at vi kan forebygge og bygge ut tjenester med riktig kapasitet. Det må foreligge kunnskap om hva som er effektiv forebygging, behandling, rehabilitering og gode måter å organisere og finansiere behandlingen og tjenestene på. Det trengs altså kunnskap for å planlegge, dimensjonere, evaluere og korrigere tjenestene.

Hovedformålet med et kommunalt helse- og omsorgsregister (Kohr) er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Opplysningene i registeret skal også være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid, beredskap, forebyggende arbeid og forskning.

Helseregistre som Kreftregisteret og Norsk pasientregister er viktige kilder til helseanalyser og forskning om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser og om årsaker til sykdom. Når det gjelder sykdommer som i hovedsak behandles i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er grunnlaget for kunnskapsutvikling og forskning fragmentert og mangelfullt. Det er ikke nok kunnskap om hva som gjøres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og kvaliteten på tjenestene som ytes.

For spesialisthelsetjenesten har det siden 2008 eksistert et pasientregister med personidentifiserbar informasjon om alle pasienter som mottar helsetjenester. Det er ingen tilsvarende samlet kunnskapskilde for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Et nytt helseregister for kommunenes

helse- og omsorgstjenester vil kunne dekke flere behov. Behovet for et bedre kunnskapsgrunnlag er nevnt i Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger- en journal og Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Et slikt register nevnes som Kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister (Khor). I Prop. 72 L (2013–2014) Pasientjournalloven og helseregisterloven heter det at forslaget om etablering av Khor skal utredes nærmere.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede innholdet i et kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister i tildelingsbrevet for 2014. Helsedirektoratet har etablert et tett samarbeid med Folkehelseinstituttet for å løse dette oppdraget. Over statsbudsjettet er det for 2015 bevilget 30 mill. kroner til utvikling av et kommunalt helse- og omsorgsregister. Et slikt register vil også omfatte tannhelsetjenester, både offentlige og private.

19.1 Status og utfordringer

I dag rapporteres data om helse- og omsorgstjenestene i kommunene og i tannhelsetjenesten i all hovedsak til ulike nasjonale registre og elektroniske oppgjørsordninger. Samtidig er det særrapportering for enkelte områder som per i dag ikke fanges opp i noen registre eller oppgjørsordninger (rus og psykisk helse). Selv om det finnes mye god statistikk innenfor de forskjellige segmentene, medfører dette fragmenterte løsninger som i liten grad egner seg til sammenligninger og planlegging på overordnet nivå. Særlig er det mangel på gode løsninger for faglig utvikling av tjenestetilbudet. Under er en oversikt over de mest sentrale registrene med opplysninger om kommunenes helse- og omsorgstjenester:

- Oppgjørssystemet Kuhr (Kontroll og utbetaling av helserefusjon) er etablert for å forvalte finansieringsordningene for fastleger og annet helsepersonell som yter tjenester med refusjon fra Folketrygden. Kuhr er et register hjemlet i folketrygdloven og personopplysningsloven. Helsedirektoratet er behandlingsansvarlig og Nav er databehandler for registeret.

- Iplos (nasjonalt helseregister for pleie- og omsorgstjenesten) er et pseudonymt sentralt helseregister for alle som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunene. SSB er databehandler, mens Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for registeret.
- Sysvak (Nasjonalt vaksinasjonsregister) er et registersystem for vaksinasjonsdata, hvor helsestasjons- og skolehelsetjenesten rapporterer data om vaksinasjoner. Det samme gjør allmennleger og spesialisthelsetjenesten. Sysvak er et sentralt helseregister. Folkehelseinstituttet er databehandlingsansvarlig.
- Fastlegene rapporterer også dødsmeldinger til Dødsårsaksregisteret (DÅR). Folkehelseinstituttet er databehandlingsansvarlig.
- NPR (norsk pasientregister) er et sentralt helseregister for spesialisthelsetjenesten, men inneholder også noen opplysninger om behandling i legevakt fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for NPR.

Kostra-systemet er en annen viktig kilde til opplysninger om ressursbruk, årsverksinnsats, kapasitet og aktivitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Kostra er et rapporteringssystem uten direkte personidentifiserende kjennetegn, med aggregerte kommunedata fra ulike systemer og løsninger. Kostra forvaltes av SSB i samarbeid med kommunene, fylkeskommunen og statlige etater. Helsedirektoratet har etablert egne rapporteringsløsninger i tillegg til Kostra for kommunenes innsats innenfor psykisk helse- og rusarbeid. Slik rapportering er ikke egnet til å måle effekt av tiltak for den enkelte pasient, og kan heller ikke benyttes til å se tjenestene i sammenheng.

Når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, foreligger vaksinasjonsdata (Sysvak) og opplysninger om ressursinnsats (Kostra), men det mangler data om aktivitet og resultater i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er også manglende informasjon knyttet til sammenhengen i den akuttmedisinske kjeden, fra kommunale legevaktstjenester til ambulanse og akuttmottak i sykehus. NPR inneholder data om spesialisthelsetjenestens aktiviteter, men det mangler data om den kommunale helse- og omsorgstjenestens bidrag. Det finnes heller ikke noe sentralt system for faglig oppfølging og utvikling av tannhelsetjenesten, verken i offentlig eller privat sektor.

Mangelen på gode og helhetlige data fra kommunenes helse- og omsorgstjenester gjør at kom-

muneledelsen, fagpersoner i tjenestene, forskningsmiljøer og nasjonale helsemyndigheter mangler nødvendig kunnskap for å utvikle gode og trygge tjenester. I en OECD-rapport om kvaliteten i norsk helsetjeneste påpekes mangelen på en informasjonsinfrastruktur som både kan underbygge fremtidige behov – og å gjøre aktiviteter og resultater i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mer synlig, som en svakhet i vår helsetjeneste (OECD 2014).

HelseOmsorg21 Et kunnskapssystem for bedre folkehelse påpeker behovet for bedre systemer for registrering, utveksling og bruk av tjenestedata i kommunesektoren for forskning og tjenesteutvikling. Utredningen anbefaler også konkret etablering av et helseregister for kommunesektoren (HelseOmsorg21 2014).

19.2 Formål og nytteverdi

Et kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister bør ha som overordnet mål å bidra til forbedring og utvikling av en helhetlig, god, trygg, likeverdig og effektiv helse- og omsorgstjeneste med utgangspunkt i pasientenes og brukernes samlede behov. For å nå det overordnede målet, må registeret:

- Gi nasjonale helsemyndigheter nødvendig kunnskap for å ivareta nasjonale oppgaver knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vil si kunnskap som gjør at myndighetene kan forvalte tjenestene og utviklingen av disse på en god måte. Dette er registerets hovedformål.
- Gi kommunens ledelse nødvendig kunnskap for dens planlegging, utbygging, styring, evaluering og forbedring av tjenestene.
- Gi pasienter, brukere og offentligheten innsyn i helse- og omsorgstjenestens aktiviteter og resultater.
- Skape bedre forutsetninger for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid drevet av lokale ledere og helsepersonell.
- Bidra med data til forskning og innovasjon.
- Fungere som nøkkelregister med mulighet for gjenbruk av data i andre helseregistre og kvalitetssikring av andre helseregistre.
- Bidra til bedre analyser av helsetilstanden i befolkningen og danne grunnlag for folkehelse- og beredskapsarbeid.

Et velfungerende pasientregister som gjør det mulig å følge pasientforløp internt og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og

omsorgstjenestene er en nødvendig forutsetning for kunnskapsbasert tjenestelig og faglig utvikling, kvalitetssikring og evaluering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For tjenesteutvikling er det viktig å få frem systematiske sammenligningsdata for behandlingsform, behandlingshyppighet og resultat. Mange behandlergrupper, som fastlegene, arbeider alene eller i små grupper. Da er det viktig å ha tilgang til gode data om andre behandleres praksis og resultater. Samhandling kan også sees på som tjenesteutvikling, men her er det fokus på pasientforløpet internt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom denne og spesialisthelsetjenesten. Gode og tilgjengelige data for pasientforløp mellom allmennleger, hjemmetjenester, sykehjem og spesialisthelsetjenester er viktige for å følge opp og utvikle samhandlingsreformen videre.

For det forebyggende og helsefremmende arbeidet vil et nytt register kunne gi en bedre og raskere dataflyt mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og de ulike systemene for helsetilstander. Det er også viktig å kunne gi gode oversikter over helsetilstanden i befolkningen, særlig for kroniske sykdommer som for en stor del oppdages og behandles i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Folkehelseinstituttet har etter folkehelseloven i oppgave å levere data i folkehelseprofilene. Statistikken er ikke fullstendig på bl.a. helseutfall for kroniske lidelser og sykdommer som i hovedsak behandles i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helseregistrene som Norsk pasientregister, Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister og MSIS gir verdifullt grunnlag for forskning, forbedring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Vi har imidlertid liten kunnskap om en rekke årsaksforhold og behandlingsinformasjon for de sykdommer som i hovedsak behandles i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det gjelder f.eks. for diabetes og flere andre ikke-smittsomme sykdommer. Et sentralt helseregister må være et godt tilpasset verktøy for dem som skal bruke det. Det innebærer at man i tillegg til å utrede hvilke data som skal rapporteres inn i registeret, også må utrede hvordan dataene kan samles inn og tilrettelegges for å ivareta registerets formål. Det blir viktig å bygge utredningen på ulike erfaringer fra uthenting av data fra NPR og Ipløs både i forhold til de muligheter og begrensninger lovverket gir.

Helseregisterloven stiller krav til etablering av helseregistre. Det må blant annet vurderes nøye hvilke opplysninger som skal registreres og

hvilke formål registeret skal ha. Helsedirektoratet er i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt i gang med et utredningsarbeid om dette.

Et nytt register må ikke øke rapporteringsbyrden for helsepersonell i tjenestene. Opplysningene som skal inngå i registeret bør over tid hentes gjennom automatisk datafangst fra fag- og journalsystem. Det bør som et utgangspunkt ikke kreves rapportering utover det som meldes inn i dag. Dette betinger en form for standardisering av journalopplysninger, også på tvers av tjenesteområdene. Det vil være tids- og ressurskrevende å utvikle og implementere ny funksjonalitet i fag- og journalsystemer med en struktur og et definert innhold som dekker aktuelle behov.

De data som inngår i et helseregister må være av god kvalitet dersom registeret skal kunne ivareta sine formål. God kvalitet på registeret forutsetter at data blir aktivt brukt, og at registeret gir en umiddelbar merverdi for helsepersonell som registrerer data. Det innebærer bl.a. at det må utvikles gode systemer for tilgang til relevant informasjon for de rapporterende virksomhetene. Det er også viktig at det etableres gode systemer for forskning og analyse av data. De allmennmedisinske forskningssentrene som er etablert ved de medisinske fakultetene vil være viktige støttespillere for forskning og analyse av data.

19.3 Krav til etablering av helseregistre

Stortinget har nylig vedtatt ny lov om pasientjournal og ny lov om helseregistre. I innstillingen sier Helse- og omsorgskomiteén seg fornøyd med at det legges frem en proposisjon som har som formål å tilpasse lovverket befolkningens behov for gode helse- og omsorgstjenester (Innst. 295 L (2013–2014) side 5). Komiteén legger også innbygget personvern til grunn. Komiteén mener det er viktig at både regelverk og teknologi sikrer at personlige helseopplysninger ikke blir gjenstand for uautorisert bruk.

Etablering av et helseregister innebærer at våre helseopplysninger blir brukt for å forbedre og utvikle tjenestene til beste for oss som brukere og pasienter og samfunn. Samtidig er det en forutsetning at både regelverk og tekniske løsninger skal hindre uautorisert bruk av opplysningene. Pasienter og brukere skal sikres enkle løsninger for innsyn i egne opplysninger og bruken av disse.

Helseregisterloven stiller en rekke krav til etablering av helseregistre. Den samfunnsmessige nytten av registeret må klart overstige personvernulempene. Et register skal ha uttrykkelig

angitte formål, og opplysningene som behandles skal være tilstrekkelige og relevante for formålet med behandlingen. Grad av personidentifikasjon skal ikke være større enn nødvendig for det aktuelle formålet.

Helseregistre kan etableres gjennom lovvedtak eller forskrift. Det rettslige grunnlaget er knyttet til krav til samtykke, reservasjonsadgang og hvilken identitetsforvaltning registeret skal ha. Hovedregelen for etablering av helseregistre er samtykke. Det er imidlertid tvilsomt om samtykke er egnet for dette registeret.

Helseregisterlovens regelsett vil bli lagt til grunn i det videre arbeidet med etablering av et nytt register for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Moderne løsninger for automatisk uttrekk, kryptering og elektronisk overføring av data over sikre linjer innebærer større sikkerhet for at korrekte data overføres uten å komme på avveie. Dette kan bl.a. være kryptering av innhold og kryptering av identitet med ulike nøkler, systemer for innsyn ved bruk av sikker pålogging (bank-ID mv.) og krav om at alle oppslag i opplysningene skal logges og at loggen skal være tilgjengelig for de registrerte. De konkrete tiltakene må utredes nærmere.

19.4 Trinnvis utvikling

Regjeringen mener et nytt kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister bør utvikles trinnvis. Et første skritt mot det OECD har kalt en bedre informasjonsinfrastruktur kan være å justere hjemmelsgrunnlaget for eksisterende data og på den måten sikre bedre utnyttelse av de datakildene som finnes.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å utrede innholdet i et nytt helseregister for helse- og omsorgstjenestene. Utredningsarbeidet skal gi en tilstrekkelig beskrivelse av formål og innhold til et hjemmelsgrunnlag for registeret. I utredningen av et nytt helseregister vil det være sentralt å bygge videre på tidligere erfaringer.

Gjennom Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal er det varslet en omfattende modernisering av digital behandling av helseopplysninger. Moderniseringen av IKT-løsningene i helse- og omsorgstjenestene er viktige, og kan legge grunnlaget for en modernisering av helseregisterfeltet på lengre sikt.

Boks 19.1 Regjeringen vil:

- Utvikle et register for kommunale helse- og omsorgstjenester

Del IV

*Fremtidens primærhelsetjeneste:
Tiltak innenfor enkelte tjenesteområder*

20 Tjenester til barn og unge

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge er et viktig satsingsområde for regjeringen. De viktigste tjenestetilbudene rettet mot denne gruppen er de helsefremmende og forebyggende tjenestene og den tidlige innsatsen som ytes gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Å legge til rette for gode oppvekstvilkår for barn og unge er blant de viktigste oppgavene i samfunnet. Gode oppvekstvilkår er et mål i seg selv samtidig som det legger grunnlaget for en god helse gjennom livet. Å investere i barn og unges helse er avgjørende i et samfunnsøkonomisk perspektiv; en bærekraftig samfunnsutvikling fordrer en oppvoksende generasjon med god helse. Den nobelprisvinnende amerikanske økonomiprofessoren James Heckman har dokumentert at å investere i gode utdannings-, forebyggings- og helsetjenester til barn og unge er samfunnsøkonomisk svært lønnsomt. Å forebygge, avdekke og avverge tidlig og følge opp de barna, ungdommene og familiene som sliter, er derfor avgjørende for dem det gjelder og for samfunnets bærekraft. Regjeringen har derfor bl.a. igangsatt et tverrdepartementalt arbeid rettet mot utsatte barn og unge (0–24-samarbeidet), med overordnet mål om å redusere utenforskap og frafall i videregående opplæring.

Barn og unge har, i likhet med andre, rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Det er grunn til å fremheve helsestasjons- og skolehelsetjenesten og tannhelsetjenesten som viktige tjenester rettet særlig mot barn og unge opp til og med 19 år.

Regjeringen vil bedre det forebyggende og helsefremmende helsetilbudet til barn og unge i kommunene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes og videreutvikles ved å øke antallet årsverk, skape mer flerfaglighet og å tydeliggjøre tjenestens kjerneoppgaver. I 2014 ble helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket gjennom en økning av de frie inntektene med 180 mill. kroner. Tjenesten er styrket med ytterligere 270 mill. kroner i 2015 gjennom vekst i kommunenes frie inntekter, til sammen 455 mill. 2015-kroner. Styrkingen i 2015 innebærer om lag 400–450

årsverk, dersom alle midlene ble brukt til økt årsverksinnsats i tjenestene.

Den pedagogisk-psykologiske tjenesten (PP-tjenesten) er en kommunal eller fylkeskommunal rådgivende tjeneste. Tjenesten skal gi skoler råd og veiledning for å tilrettelegge for barn og unge voksne som trenger det, og bistå skoler for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særskilte behov. For å nå den politiske målsettingen om økt satsing på systemrettet arbeid i PP-tjenesten, er det iverksatt en satsning på etter- og videreutdanning av ansatte i tjenesten for perioden 2013–2018. Formålet er å styrke ansattes kompetanse, og bidra til mer innsats innen systemrettet arbeid. Målgruppen for satsingen er ansatte og ledere i PP-tjenesten. I 2015 er det satt av 38 mill. kroner til satsingen.

Risikoutsatte barn og unge har ofte behov for flerfaglige tjenester, herunder psykologtjenester. Regjeringen har videreført tilskuddsordningen til psykologer i kommunene med 100 mill. kroner i 2015. Flertallet av psykologer som er rekruttert, arbeider med barn og unge. Det er viktig at disse etablerer et godt samarbeid med kommunens øvrige helsetjeneste, PP-tjenesten og sosialpedagogiske rådgivere på skolene, ikke minst for å redusere frafallet av elever fra videregående skole. Regjeringen vil lovfeste en plikt for kommunene til å ha psykologkompetanse. Se kapittel 22.

20.1 Status

Norske barn og unge har i internasjonal sammenheng god fysisk helse. Data fra Folkehelseinstituttet viser at norske og nordiske barn er mindre overvektige enn barn fra sørlige deler av Europa. Norske ni-åringer er noe mer fysisk aktive enn barn på samme alder i øvrige europeiske land og USA. Norske 15-åringer har et aktivitetsnivå tilsvarende det en ser hos jevnaldrende europeere og noe høyere enn hos 12–19-åringer i USA. Atferdsproblemer er mindre vanlig hos norske barn enn hos barn i andre vestlige land. Det samme gjelder depresjoner i ungdomsårene.

De fleste barn lever gode og trygge liv, men urovekkende mange vokser opp under risikable forhold i familier preget av rus, vold og omsorgssvikt, alvorlig psykisk sykdom og skilsmisser med høyt konfliktnivå. Fødselsdepresjoner rammer rundt 13 pst. av kvinner i Norge. Barn av deprimerede mødre kan oppleve økt stress og utrygghet, og har økt risiko for tilknytningsproblemer. Noen barn vokser opp med mobbing og sosial ekskludering fra medelever som en del av sin hverdag. Forskning har vist at også barnehagebarn opplever mobbing. Rundt 30 pst. faller ut av videregående opplæring. Frafallet har ulike årsaker, men for mange av dem som faller fra, innebærer det varig utenforskap fra arbeidslivet og sosial ekskludering.

Psykiske plager er en av de store samfunns- og folkehelseutfordringene blant barn og unge i Norge i dag. Folkehelseinstituttet anslår at 15–20 pst. av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske vansker, bl.a. forårsaket av faktorer som vold i hjemmet, omsorgssvikt, overgrep, mobbing, rus, opplevelse av prestasjonskrav mv. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de hyppigst forekommende lidelsene i barne- og ungdomsårene. Dette er plager som går ut over barn og unges trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. For depresjon og angst er stabiliteten høy og stiger med økende alder, noe som bl.a. betyr at mange av dem som har depresjon i voksen alder, var deprimerede allerede i barne- og ungdomsalderen.

Ungdataundersøkelsen (aldersgruppen 13–16 år) viser at vi har en veltilpasset ungdomsgenerasjon; de har tette bånd til sine foreldre, høy skoletrivsel og få har erfaring med rus og kriminalitet (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring 2014). Mange ungdommer opplever skolen som et godt sted å være. Men undersøkelsen viser også at mange ungdommer sliter med bl.a. prestasjonskrav. Andelen unge som rapporterer om psykiske plager er høy. Mest utbredt er stresssymptomer. I overkant av 10 pst. svarer at de er ganske eller veldig mye plaget på de fleste av de områdene som skal måle det som betraktes som tegn på depressive symptomer. Dette øker med økende alder, og jenter rapporterer mer om dette enn gutter. Ungdataundersøkelsen viser også en tydelig sammenheng mellom ungdoms livskvalitet og familiens økonomiske ressurser. Ungdom i familier med dårlig råd er gjennomgående mindre tilfredse og sjeldnere fornøyde med venner, foreldre og lokalmiljøet. Samtidig er færre motivert for skole og høyere utdanning og færre er med i organiserte fritidsaktiviteter. Ungdom i

familier med dårlig råd merker seg negativt ut når det gjelder alle helseindikatorerne som er behandlet i Ungdatarapporten.

SHoT (Studenters Helse og Trivsel) undersøkelsen fra 2014 viser at mellom 7 og 15 pst. av studenter ved norske lærersteder strever mye i studiesituasjonen. Dette skyldes forhold som lav studiemestring, liten gjennomføringsevne, redusert livskvalitet, ensomhet, personlighetsmessige forhold og alvorlige psykiske plager – gjerne en kombinasjon av disse. Undersøkelsen viste også at kvinnelige studenter er mest utsatt for opplevelse av lav mestring, og at de i større grad rapporterer om alvorlige psykiske plager. Årsakssammenhengene er komplekse og kan ikke tilskrives isolerte særtrekk ved studietilværelsen.

En rapport fra Folkehelseinstituttet viser at nærmere 260 000 barn og unge (23,1 pst.) har én eller to foreldre med psykiske plager som kan gå ut over daglig fungering for foreldrene (Bang Nes og Clench-Aas 2011). Om lag 70 000 barn (6,5 pst.) har foreldre med et såpass alvorlig alkoholkonsum at det sannsynligvis går ut over daglig fungering. Teller vi bare klart alvorlige lidelser, rammes 115 000 barn (10,4 pst.) av foreldres psykiske lidelser og 30 000 (2,7 pst.) av foreldres alkoholmisbruk, totalt 134 000 barn (13,1 pst.). Beregningene viser at mange av familiene med alkoholproblemer også opplever andre psykiske problemer.

Rusmiddelbruk i barns nære omgivelser gjør at barna kan føle seg utrygge og at de oftere utsettes for vold. Studier viser at i mellom en fjerdedel og halvparten av voldstilfellene i hjemmet, er en av partene alkoholpåvirket. I tillegg til risikoen for selv å bli utsatt for vold, vil barn kunne ta skade av å oppleve vold mellom de voksne i familien. I følge en oversiktsartikkel fra Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) blir mellom 30–60 pst. av barn som opplever vold i hjemmet selv utsatt for fysisk mishandling (Øverlien 2010).

Barn som pårørende kan møte utfordringer som de ikke er i stand til eller ikke bør håndtere på grunn av sin unge alder. Dette gjelder mange barn som har foreldre/foresatte, søsken eller andre nære omsorgspersoner med psykiske lidelser, rusproblemer eller annen alvorlig og langvarig sykdom, eventuelt barn som opplever stort konfliktnivå i forbindelse med foreldres samlivsbrudd. Lett tilgjengelige, samordnede og kompetente tjenester er grunnleggende viktig og avgjørende for denne gruppen barn og unge, slik at barna kan støttes til å håndtere situasjonen ut fra sitt utviklingsnivå.

20.2 Utfordringer

Mange barn og unge med utfordringer av ulike slag og deres familier får ikke den hjelpen og oppfølgingen de burde hatt, og som de har rett på. Dette skyldes mange faktorer.

For at utsatte barn og unge skal få den hjelpen de trenger, må utfordringer og hjelpebehov avdekkes på et så tidlig tidspunkt som mulig. Dette krever at aktuelle offentlige tjenester har fagfolk som er i stand til å se behovet, og som handler deretter. Når et problem er avdekket, er det behov for kompetente fagfolk med kunnskap om hvordan de skal handle, samt lett tilgjengelige tjenester som er godt samordnet. Bl.a. må helsepersonellet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehagepersonalet og lærerne i skolen både ha kunnskap om hvor de henvender seg for å melde fra og/eller få hjelp til å følge opp et barn med mulige helsemessige problemer, og vilje til å ta tak i disse problemene. Ledelsen på helsestasjonen, i barnehagene og på skolen må ansvarliggjøres både når det gjelder å legge til rette for et godt psykososialt miljø, og når det gjelder å ta ansvar og handle når de oppdager at et barn har utfordringer. Også barnehageeier og skoleeier må ansvarliggjøres.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har svært stor oppslutning i befolkningen. Ingen annen tjeneste når så mange, og det er bred politisk enighet om tjenestens viktighet. Det er allikevel utfordringer. I 2013 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenester til barn i alderen 0–6 år. Tilsynet omfattet utvalgte helsestasjoner i 78 utvalgte kommuner og bydeler. Kommunene ble plukket ut på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse. Fylkesmennene fant lovbrudd i 56 av de 78 kommunene/bydelene. Fylkesmennene fant bl.a. at mange kommuner hadde redusert programmet og/eller slått sammen kontrollen uten at man har vurdert den faglige forsvarligheten ved å gjøre dette. Begrunnelsen var ressursmangel. Skolestartundersøkelsen skal sikre barn hjelp før skolestart og fange opp barn som er i risiko. Mange steder ble ikke skolestartundersøkelsen gjennomført før et stykke ut i første eller andre klasse. Når tiden mellom helsekontroller øker, øker også risikoen for at skjevutvikling og dårlige levekår ikke blir fanget opp i tide. Funnene er i tråd med oppfatningen mange i tjenesten har om at oppgavene i tjenestene gjennom årene har

vokst uten at det har fulgt med tilsvarende ressurser.

Tilsynet fant også at kommunene verken hadde kartlagt behovet for opplæring eller behov for ytterligere kompetanseutvikling for sine ansatte. Flere kommuner manglet oppdaterte bemannings- og kompetanseplaner og det forelå ikke opplæringsplaner for nytilsatte. Det var ingen overordnede rutiner for å implementere nye faglige nasjonale retningslinjer og veiledere.

Det rapporteres fra barn og unge selv at skolehelsetjenesten er lite tilgjengelig når de trenger det. Elever gir klart uttrykk for at de ønsker at helsesøster skal være på skolen hver dag. Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten forteller at de må prioritere mellom helseundersøkelser (vaksinering, veiing og måling m.m.), samtaler med enkeltelever, helseopplysning i grupper/klasser og tverrfaglige møter. På skoler der helsesøster er mye til stede, øker den proaktive, universelle jobbingen mot alle elever. Samarbeidet med skolen blir bedre og helsesøster er med i planleggingen av relevant undervisning, grupper, temadager, foreldremøter og mer.

Årsverk i Kostra skiller ikke mellom ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For å følge med på utviklingene i deltjenestene helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom er det derfor behov for at tjenestene splittes når det gjelder telling av årsverk. Helsedirektoratet vil samarbeide med SSB for å få en bedre oversikt over tjenestene.

Flerfaglige tjenester til barn og unge

Flerfaglig samarbeid er ofte nødvendig for å gi brukerne gode tjenester. Selv om hver enkelt deltjeneste opplever å oppfylle sine lovpålagte krav til forsvarlighet, sikrer ikke dette alene at kommunens overordnede ansvar for å sikre forsvarlige og koordinerte tjenester er oppfylt. En forutsetning for godt flerfaglig samarbeid er at aktørene har kunnskap og bevissthet om sin egen og de andre aktørenes rolle og kompetanse, samt en klar forståelse av hvilket ansvar som følger denne rollen. En annen forutsetning er en ledelse som legger til rette for flerfaglighet og som har kjennskap til hva de enkelte aktørene kan bidra med i det tverrfaglige samarbeidet. Gode resultater forutsetter at tjenestene tilpasser seg brukerne.

Til tross for at flerfaglighet fremstår nødvendig og riktig, er det mye som tyder på at ansatte i skolehelsetjenesten bruker svært lite av sin tid på flerfaglig samarbeid (Haugland og Misvær 2014). I forskrift om helsestasjons- og skolehelsetje-

Boks 20.1 Kuben videregående skole – samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten ved Kuben videregående skole består av to helsesøstre i hhv. 100 pst. og 80 pst. stilling, samt en psykolog i 100 pst. stilling. Skolen har nær 1400 elever. Skolehelsetjenesten samarbeider med skolen på flere områder. Bl.a. deltar skolehelsetjenesten på personalmøter og bidrar inn i arbeidet med skolens planer som f.eks. psykisk helseplan og skolens plan mot mobbing. Skolehelsetjenesten har faste ukentlige møter med skolens ledelse, rådgivertjenesten, miljøteam og helse-tjenesten. Skolehelsetjenesten samarbeider med skolen om klasserettede tiltak som f.eks. psykisk helse, kost, søvn og seksuell helse og samarbeid inn i skolens årshjul om temaer som det er aktuelt å rette felles fokus mot, som f.eks. markering av vennskapsuka. Skolehelsetjenesten bidrar med informasjon til rus-sen både med hensyn på forebygging av smitt-somme sykdommer og risikoatferd i russeti-den. På individnivå samarbeider skolehelsetje-nesten med lærere/rådgivere/miljøgruppe med hensyn på enkeltelever som sliter i skole-hverdagen (samarbeid avklares alltid med den enkelte elev) og i tillegg arrangeres det grup-per med temaer etter behov/ønsker fra klas-ser. Skolehelsetjenesten samarbeider med tje-nester utenfor skolen som BUP, DPS, barne-vern. Skolen planlegger sammen med helse-tjenesten å starte med VIP; Veiledning og informasjon om psykisk helse. Et tiltak for å hjelpe elever i overgangen fra ungdomsskolen til videregående skole. Verdensdagen for psy-kisk helse (10.oktober) blir markert hele uken, med stand med representanter fra det interne og eksterne hjelpeapparatet rundt ungdommene, foredragsholdere som tar opp temaet psykisk helse, filmfremvisning for å rette fokus mot temaet psykisk helse. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten, minoritetsrådgiver, rådgivere, miljøgruppa, lærere og skolens ledelse.

nesten står det at helsestasjons- og skolehelsetje-nesten skal ha rutiner for samarbeid med fastle-gene, andre kommunale tjenester, tannhelsetje-nesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetje-nesten. Videre skal tjenesten omfatte samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososi-

alt og fysisk læringsmiljø for elever, bistand og undervisning i grupper, klasser og foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det, samt samar-beid om habilitering av barn og unge med spesi-elle behov. Innholdet i samarbeidet er ikke nær-mere definert.

En forklaring på det manglende flerfaglige samarbeidet, kan være at føringene ikke er til-strekkelig klare. Dette er en utfordring som både kommunens ledelse, helsetjenestene, skolene, barnehagene og barnevernstjenesten må ta tak i. En annen grunn kan være at de ulike aktørene som møter barnet, ser barnet med ulike øyne. Mens skolene snakker om lærevansker, snakker helsetjenestene om diagnoser og helseutfordrin-ger. Det tilsier at det både er organisatoriske, fag-lige og kulturelle utfordringer i samarbeidet om målgruppen.

En grunnleggende forutsetning for å få til sam-arbeid og koordinering er at de ulike fagperso-nene som skal samhandle har felles arenaer for samhandling på administrativt og operativt nivå. En slik arena kan være skolen eller barnehagen hvor de aller fleste barn og unge oppholder seg. Siden kultur og lovverk i de forskjellige tjenestene er ulike, er kjennskap til andres fagfelt og tillit avgjørende for å få til godt samarbeid. Ledelsen i kommunen har et ansvar for å legge til rette for slike møteplasser.

Barn og unge med stort behov for flerfaglige tjenester

Barn og unge med store og sammensatte behov opplever svikt i tilbudet. Mange av disse har behov for mange tjenester, også mange tjenester utenfor helse- og omsorgssektoren. Trolig er det koordinering og samhandling som oftest svikter (Tøssebro og Wendelborg 2014). Mange foreldre/foresatte får et stort koordineringsansvar og en vedvarende omsorgsfunksjon når de får et barn med spesielle behov. Påførende represente-rer kontinuitet og stabilitet der fagpersoner kom-mer og går gjennom et helt liv.

Barn og unge med psykiske helseutfordringer er blant dem som har størst behov for flerfaglige tjenester. Likevel antyder rapporteringen fra kom-munene at psykiske helsetjenester for barn og unge ikke er et satsningsområde. I 2013 rappor-terte kommunene at det var 2580 årsverk innen psykososialt arbeid med barn og unge, mot 2690 årsverk i 2012. Det tilsvarer en reduksjon på 3,9 pst., mens tilsvarende reduksjon for voksne i samme tidsrom er 1,3 pst. Selv om dette er alders-gruppen hvor forebyggende og helsefremmende tiltak har best og mest varig effekt, er det samtidig

Boks 20.2 Barne- og familieenheten i Asker kommune

Barne- og familieenheten (BFE) i Asker kommune har ansvaret for barn og unge, i alderen 0–24 år, og deres familier. BFE ble etablert i 2011, der 15 ulike tjenester fra sju virksomheter og to sektorer ble organisert i en enhet, med målsetning om å styrke samhandlingen og det tverrfaglige samarbeidet, samt bedre koordineringen av tjenestene i kommunen. BFE er strategisk plassert i sektor oppvekst for å sikre samhandlingen mellom kommunens hjelpetjenester for barn og unge, barnehage og skole. Organisering av tjenester rettet mot barn og unge i én enhet har muliggjort implementeringen av forskningsbaserte metoder som fremmer barns vekst og utvikling på alle livets arenaer, men særlig i barnehage og skole.

Barne- og familieenheten består av fire avdelinger: Forebygging barn (svangerskapsomsorg, helsestasjon, fysio- og ergoterapi og Home-Start), Forebygging ungdom (skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, utekontakten, miljøarbeidere), Pedagogikk (Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), logoped, spesialpedagoger og et ambulereende lærerteam) og Tiltak (forebyggende tjenester bestående av psykologer, familiekonsulenter, familieveiledere som jobber etter tiltak i barnevernloven og et ambulereende psykisk helse-team). Ledelsen i BFE er tverrfaglig sammensatt med et felles budsjett.

For å sikre et tilgjengelig tilbud er det etablert et mottak som er åpent for alle innbyggere fem dager i uken og som betjenes av fagpersoner med tverrfaglig kompetanse. I hver barnehage og på alle skolene er det etablert et tverrfaglig samarbeidsmøte der familien/foresatte kan få råd og bistand av fagpersoner fra PPT, helse- og barneverntjeneste.

avgjørende at kommunene ikke nedprioriterer utrednings- og behandlingstilbud til barn og unge. Tidlig avdekking og kompetent hjelp i riktig tid, kan gi kortere og mindre alvorlige sykdomsforløp og redusere risikoen for tilbakefall.

Barn og unge i barnevernet er en særlig sårbar gruppe, som kan ha alvorlige psykiske vansker som krever utredning, diagnostisering og behandling. For å sikre at barn i barnevernet får nødvendig helsehjelp, er det behov for et bedre

Boks 20.3 Familiesentermodellen

Mange kommuner har organisert sine tjenester til barn og unge der målet er økt tverrfaglighet. Rundt 133 kommuner har etablert tjenester til barn, unge og familier etter familiens hus/familiesenter-modell. Familiesenter er her definert som med minimum tre tjenester. Modellen er ikke tilstrekkelig evaluert til at man kan si at dette er den optimale måten å organisere tjenester til barn og unge i kommunene. Det pågår et forskningsprosjekt ved Universitetet i Tromsø som bl.a. ser på hvordan ansatte i familiens hus opplever arbeidet sitt, samhandling, ledelse og kvalitet på tjenestene som leveres. Videre skal prosjektet se på hvorvidt det er en sammenheng mellom de ansattes og brukernes vurdering av tjenestetilbudet. Forskningsprosjektet går over fire år, fra 2014 til 2018.

koordinert samarbeid mellom barnevernet og helsetjenesten.

Fastlegene

Alle med varig opphold i Norge har rett til en fastlege. Fra 16 års alder står man fritt til å velge sin egen fastlege. En masteroppgave presenterer funn der 50 pst. av jentene og 30 pst. av guttene i utvalget hadde valgt å ikke gå til fastlegen selv om de hadde behov for det (Aarvold 2008). Årsaker som er oppgitt er kostnad/egenandel, åpningstider, frykt for at taushetsplikten ikke overholdes, at det er vanskelig å bestille time, en opplevelse av å ikke få nok hjelp hos legen og opplevelsen av at problemet ikke var stort nok. I følge en rapport om helsetilbud til ungdom, utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet (Rambøll 2012), støtter internasjonale studier dette funnet.

Tannhelsetjenesten

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gir alle barn og unge et oppsøkende og regelmessig tilbud om nødvendig tannhelsehjelp. I de fleste fylker innkalles barna etter individuell vurdering, og innkallingsintervallene varierer. Helsedirektoratet er i gang med å utvikle en nasjonal faglig retningslinje om tannhelsetjenester til barn og unge. Den vil inneholde anbefalinger om individuell vurdering av barns risiko for utvikling av tannsykdom og hyppigheten av innkalling. Tre-årsalderen er

naturlig for første rutinekonsultasjon hos tannhelsetjenesten, siden de fleste barn ikke har fullt utviklet melketannsett før den alderen. Tannhelsen hos barn under tre år ivaretas av helsestasjonen, som gir råd om forebygging av tannsykdom og skal henviser til tannhelsetjenesten der det er behov.

Tannhelsepersonell jobber i sterk belysning som gjør det lett å observere skader i munnhule, ansikt, hode og hals. Det er rapportert at nærmere to tredeler av fysisk barnemishandling skjer i hode- og halsområdet. Tjenesten har dermed gode muligheter til å avdekke funn som kan gi mistanke om omsorgssvikt og overgrep mot barn. Tannhelsetjenesten representerer videre en ressurs når det gjelder å observere spesiell atferd hos barn, og barnets samspill med foreldre i forbindelse med behandlingssituasjonen. Som annet helsepersonell har også tannhelsepersonell plikt til å varsle barneverntjenesten ved alvorlig bekymring. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2009–2010) om bevilgninger på statsbudsjettet for 2010, jf. Innst. 11 S (2009–2010), traff Stortinget følgende vedtak (vedtak nr. 70, 8. desember 2009): «Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres gode rutiner ved den offentlige tannhelsetjenesten slik at mistanke om omsorgssvikt rapporteres til rette myndighet». I samarbeid med Barneombudet og relevante fagmiljøer har Helsedirektoratet bidratt til at det er etablert rutiner i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, slik at mistanke om omsorgssvikt rapporteres til rette myndighet. I mange fylkeskommuner har den offentlige tannhelsetjenesten gode systemer som skal sikre at bekymringer meldes, men det foreligger ingen nasjonale anbefalinger. Helsedirektoratet vil i løpet av 2016 ferdigstille en nasjonal faglig retningslinje om tannhelsetjenester til barn og unge. Retningslinjen vil inneholde et eget kapittel om tannhelsepersonells opplysningsplikt til barnevernet.

Noen barn og unge møter ikke opp på tannklinikken. Uteblivelse i lengre tid kan skyldes livssituasjonen, og manglende oppfølging kan medføre rask forverring av tannhelsen. Noe drop-out skyldes også angst for tannbehandling. Et viktig tiltak vil være et bedre samarbeid med helsetjenesten (f.eks. helsesøster) som har andre arenaer der de møter disse barna/ungdommene. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er i begrenset grad invitert inn i tverretatlige drøftingsfora i de kommunale tjenester (Rønneberg 2011). En overføring av tannhelsetjenesten til kommunene legger til rette for å integrere tannhelse organisatorisk som del av den generelle helse- og omsorgstje-

nesten i kommunene. Dette vil også forenkle og forbedre samarbeidet med andre kommunale virksomheter når det gjelder ivaretagelse av barn og unge ved mistanke om omsorgssvikt og overgrep. Det må også etableres samarbeid mellom tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Syke barn trenger også oppfølging av sin orale helse før-, under og etter ulike behandlingsløp.

Barnehagen og skolen

Barn og unge tilbringer mye av sin våkne tid i barnehage og på skole. Barnehagen og skolen er derfor, i tillegg til hjemmet, blant de viktigste arenaene for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Barnehagedeltakelsen for ett–fem-åringer var 90 pst. i 2013, men det er forskjeller i deltakelsen mellom barn med og uten minoritetsspråklig bakgrunn, særlig for ett til tre-åringene. For ettåringene går om lag 75 pst. uten minoritetsspråklig bakgrunn i barnehage mot om lag 40 pst. av de med. For fireåringene er andelen 98 pst. mot 94 pst.

Barnehagepersonalet ser barna over tid og møter foreldre/foresatte to ganger daglig i forbindelse med at barna leveres og hentes. Personalet har dermed gode muligheter for å fange opp problemer enten hos barnet selv eller i relasjonen til foreldrene. Den tette kontakten barnehagen har med foreldre/foresatte og barn gjør også barnehagen til en viktig forebyggings- og tiltaksarena. Tilsvarende observeres alle skoleelever hver dag i skolen av lærer og annet pedagogisk personale. Det betyr at de som jobber i barnehagene og skolene har gode forutsetninger for å vurdere og fange opp ulike problemer hos barna.

Rapporten Psykisk helse i skolen (Holen og Waagene 2014) peker på en tydelig sammenheng mellom psykisk helse og læring, og at psykiske vansker er en viktig årsak til frafall i videregående opplæring. Barn og unge tilbringer mye tid på skolen. Det som foregår i skolen har stor betydning for barn og unges utviklingsprosess. Skolen er derfor også en viktig forebyggende arena. Skolen ved skoleledelsen og pedagogisk personale er ansvarlig for å legge til rette for et godt psykososialt miljø. Rapporten peker på at det er høy bevissthet blant lærere og rektorer om skolens viktige rolle når det gjelder psykisk helse. Samtidig er det en skepsis til hvor mye ansvar lærerne kan påta seg. Resultatene fra undersøkelsen tyder på at en del lærere ikke har tilstrekkelig kompetanse til å oppdage elever som sliter psykisk, og at det er rom for forbedring når det gjelder samarbeid og koordinering mellom utdannings- og helsesektoren.

20.3 Vurdering og veien videre

Barn og unges stemme

Vi kommer ikke langt uten at barnet/ungdommen selv får innflytelse på sin egen situasjon. Barn og unge vet ofte selv best hva som skal til for at de skal få bedre helse og livsvilkår. Forskning og brukernes egne erfaringer viser at barna selv som regel ikke anses som reelle samarbeidspartnere, og at helsepersonell lett går inn i ekspertrollen som den som vet hva som er best for barnet/ungdommen. Barnet/ungdommen får være med å ta avgjørelser etter at andre har lagt premissene.

Barns rett til deltagelse forutsetter at barn og ungdom tidlig får muligheter til og erfaringer med å fremme egne meninger. Dette krever at de gis nødvendig informasjon som er tilpasset det enkelte barns forutsetninger, alder, modenhet osv.

Helsedirektoratet har påpekt at unges stemme ikke kommer tydelig frem i brukerundersøkelser på nasjonalt nivå. Unge ser også ut til å ha relativt få arenaer for å medvirke i utformingen av tjenestene på systemnivå. På individnivå synes brukermedvirkning å være bedre etablert. Evnen og muligheten barn og unge har til brukermedvirkning vil avhenge av deres funksjonsnivå og alder. Det påligger derfor tjenestene å tilpasse seg slik at barns rett til medvirkning blir oppfylt, og at funksjonsnivå og alder tas hensyn til. Barn og ungdom er viktige endringsaktører, og deres synspunkter må brukes aktivt i utforming av tjenester, både på systemnivå og individnivå. Barns rett til å si sin mening, bli hørt og respektert er et av de grunnleggende prinsippene i FNs barnekonvensjon.

For å kunne ivareta barn og unges rett til å si sin mening, kreves det tjenesteytere som i tillegg til å ha tid og som lytter og etterspør barnet/ungdommens mening, har god oversikt over hva som finnes av tilbud og hvilke rettigheter barn og unge har.

Gode tilbud der barn og unge selv kan søke råd og veiledning er viktig. Det finnes i dag en rekke steder barn og unge kan henvende seg når det f.eks. gjelder psykososiale forhold for barn og unge, som f.eks. barneombudet.no, ung.no og korspahalsen.no.

Ungdomshelsestrategi

Ungdomstiden er en periode preget av løsrivelse fra foreldre. Arener utenfor hjemmet som skole, fritidsarenaer, arbeid, venner og kjærester får større betydning, både for utvikling av identitet og for de unges psykiske og somatiske helse. Det fin-

nes mye kunnskap om helsetilstanden blant unge, men relativt lite systematisert kunnskap om helse- og omsorgstjenestetilbudet til ungdom og unge voksne. Vi vet også lite om hvordan vi kan bruke den foreliggende kunnskapen til å utvikle tjenester til ungdom og unge voksne.

Ungdom og unge voksne faller inn under tjenester til barn og/eller voksne, men omtales sjelden som en egen gruppe. De siste årene har brukerorganisasjoner, særlig Unge funksjonshemmede, dels også Barneombudet, vært tydelige på at det bør rettes mer oppmerksomhet mot hvordan helse- og omsorgstjenester er tilpasset de unges behov. Bl.a. har ungdom selv påpekt utfordringer knyttet til åpningstider, f.eks. hos fastlegene og i psykisk helsevern, som gjør at man må ha fravær fra skolen for å kunne bruke dem. Videre peker de på manglende tilgjengelighet til tjenestene.

Det er igangsatt et arbeid med en ungdomshelsestrategi. Strategien skal dekke aldersgruppen 13–25 år, og skal etter planen legges frem i 2016. Planen skal bl.a. belyse hvordan man sikrer tilgjengelighet, kapasitet og godt koordinerte tjenester til ungdom, herunder også nettbaserte helsetjenester. Utfordringene gutter og jenter møter kan være forskjellige, og kan kreve ulik tilnærming. Strategien vil ivareta kjønnspektivet. Problemstillinger knyttet til psykisk helse, ensomhet, mobbing, frafallsproblematikk, rus, vold, seksuelle overgrep, samt samfunnets press og utenforskap skal behandles. I tillegg skal det ses på hvordan helsetjenestene ivaretar ungdom som kan ha særskilte helseutfordringer; enslige asylsøkere under 18 år, ungdom fra ulike minoritetsgrupper, ungdom, unge med kroniske og/eller langvarig sykdom, ungdom som pårørende og ungdom under omsorg av barnevernet.

Barn og unges egne erfaringer og synspunkter skal stå sentralt i å utvikle og gjennomføre gode tjenester til denne gruppen. I utarbeidelse av ungdomshelsestrategien vil ungdom med ulik bakgrunn bli invitert til et ungdomspanel. Panelet skal gi innspill vedrørende utfordringsbildet og tiltak knyttet til utfordringsbildet.

Samarbeid med foreldre og foresatte

Foreldrene/foresatte er barnets viktigste ressurser og omsorgspersoner. Barnets foreldre/foresatte er de nærmeste til å hjelpe når barnet eller ungdommen sliter. Samarbeid med foreldre/foresatte om barnets beste er derfor helt grunnleggende og avgjørende.

Samarbeidet starter allerede i mors liv gjennom svangerskapsoppfølgingen. På helsestasjonen følges familien opp når barnet møter til helseundersøkelser hos helsesøster og/eller lege. Barnehagen og skolen er også viktige samarbeidspartnere for foreldrene. Mange foreldre vil bruke barnehagens kompetanse når de har spørsmål vedrørende barnet sitt, men dette krever et kompetent barnehagepersonale med god kjennskap til helse- og omsorgstjenestene. Det er viktig at det tidlig etableres et godt samarbeid mellom hjem og skole. Dette er helt sentralt både med tanke på å skape gode læringsvilkår for det enkelte barnet og et godt læringsmiljø i gruppen og på skolen. En forutsetning for godt samarbeid er god og gjensidig kommunikasjon mellom skole og hjemmet. I samarbeidet vil elevenes faglige og sosiale utvikling og trivsel stå sentralt. Det er viktig at eleven får vite at hjem og skole står i nær kontakt, og at målet for samarbeidet er barnas trivsel, trygghet og læring og eventuelt oppfølging av disse punktene.

I jungelen av gode råd på nettet og fra familie og venner om godt foreldreskap kan det være vanskelig å vite hvilke av disse rådene man skal følge. En helsestasjons- og skolehelsetjeneste som kan støtte og veilede foreldre, kan forebygge usikkerhet. Det bør derfor legges til rette for foreldreveiledning og utvikling av rutiner for dette, også i skolehelsetjenesten. Foreldreveiledning kan foregå både på individnivå og på gruppenivå.

I 2014 ble det i regi av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet etablert en tilskuddsordning rettet mot kommunene til foreldreveiledning og andre foreldrestøttende tiltak. Tilskuddsordningen er økt i 2015. En del kommuner mangler nødvendig kompetanse, og ordningen skal utvides til å omfatte både støtte til drift og utvikling av nødvendig kompetanse. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet skal også utarbeide en veileder for kommuner til bruk i introduksjonsprogrammet for nyankomne innvandrere med anbefalinger om å bruke foreldreveiledningsprogram (f.eks. ICDP) der dette kan være hensiktsmessig.

Forskrift om og nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Det pågår et arbeid med revisjon av forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten som skal tydeliggjøre innholdet i tjenesten og kommunens ansvar.

For første gang skal det også utvikles en nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Retningslinjen skal erstatte veile-

der for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1154, og vil beskrive hva brukerne kan forvente av tjenesten i årene fremover.

Strategi mot barnefattigdom

Ulikheter i helse og levekår skal ikke ramme barn og ungdom. Gode oppvekst- og levekår for barn og unge er en investering i framtiden. Regjeringen vil våren 2015 legge fram en strategi mot barnefattigdom og konsekvenser av fattigdom for barn og ungdom. Strategien skal omfatte forebyggende tiltak og bidra til å redusere de negative konsekvensene og belastningene for barn som vokser opp i fattige familier. Strategien skal bygge på regjeringsplattformen og samarbeidsavtalen.

Plan for arbeidet overfor barn og unge

Regjeringen har igangsatt et arbeid overfor barn og unge. Arbeidet skal løfte regjeringens satsinger på barn og unge generelt og satsinger rettet spesielt mot utsatte barn og unge. Det skal gi en bred oversikt over initiativ og satsinger på barn og unge 0–24 år med vekt på gruppen 0–18 år. Noen stikkord er: barns rettigheter, gode nærmiljø, gode tilbud og tjenester, helhet og samordning, forebygging, tidlig innsats, likestilling og ikke-diskriminering, deltakelse og innflytelse, satsinger på ulike politikkområder (helse og sosiale forhold, barnehage, skole og opplæring, kultur og fritid m.m.). Planen skal løfte frem konkrete satsinger, både arbeid som alt er i gang og nye satsinger, og vise hvordan regjeringen vil forplikte seg fremover på barne- og ungdomsområdet. Arbeidet ledes av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Planen utarbeides i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kulturdepartementet og Kunnskapsdepartementet og skal legges frem høsten 2015.

Ny samlet strategi for seksuell helse

Regjeringen vil lage en samlet strategi på seksuell helse. Selv om strategien vil ha et livsløpsperspektiv, vil tiltak rettet mot barn, ungdom og unge voksne være et viktig område.

Regjeringen har foreslått at helsesøstre og jordmødre skal få forskrivningsrett på all type hormonell prevensjon og kobberspiral, uavhengig av tjenestested. Forskriften vedtas våren 2015 og trer i kraft 1. januar 2016. Tiltaket vil gjøre alle typer prevensjon lettere tilgjengelig for alle kvinner.

Vold og overgrep

Bekjempelse av vold og seksuelle overgrep må prioriteres. Alle som møter barn og ungdom i sitt daglige virke, må våge å stille vanskelig spørsmål, og lytte til historiene som kommer fram. I disse møtene er kunnskap viktig – kunnskap til å se og fange opp når barn og unge kan ha vært utsatt for vold og overgrep. Regjeringen har derfor fremmet en tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom. En god barndom varer livet ut.

I regjeringens handlingsplan mot radikaliserings- og voldelig ekstremisme er behovet for forebyggende arbeid mot utenforskap vektlagt. Arbeidet mot voldelig ekstremisme hos barn og unge har mange fellesnevnerer med arbeidet mot vold, kriminalitet og annen sårbarhet. Gjennom tett samarbeid mellom de kommunale tjenestene, kan barn og unge i risiko for bl.a. radikaliserings oppdages tidlig slik at relevante tiltak kan settes inn overfor barnet/ungdommen, familien, nettverket og barn/unge-populasjonen.

Regjeringens nye tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn har mange tiltak som har som mål å redusere de negative helsemessige konsekvensene av vold mot barn. Eksempler på dette er det dokumenterte programmet Nurse Family Partnership (NFP) som skal prøves ut i Norge. Programmet er rettet mot førstegangsfødende med ulike behov for oppfølging. Foreldrestøttende tiltak som NFP antas å virke forebyggende mot både vold og omsorgssvikt.

Det er ønskelig med et tettere samarbeid mellom familievernkantorene, som gjør et svært viktig arbeid for å forebygge familievold. Her vil det iverksettes et treårig prøveprosjekt i fem kommuner der disse tjenestene skal inngå i et systematisk og kontraktmessig samarbeid.

Se kapittel 25 for nærmere beskrivelse av tjenestens arbeid for å bekjempe vold og seksuelle overgrep.

Samarbeid om utsatte barn og unge mellom 0–24 år

Regjeringen har som mål å øke gjennomføringen i videregående opplæring og inkludere flere i

arbeidslivet. Dette krever innsats fra flere sektorer, herunder familie og oppvekst, barnehage, grunnopplæring, integrering, helse, barnevern og arbeids- og velferdsforvaltning.

Kunnskapsdepartementet har i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet etablert et tverrdepartementalt arbeid for utsatte barn og unge under 24 år. Det interdepartementale samarbeidet skal bl.a. resultere i en tydelig tverrsektoriell satsing for å motvirke utenforskap og øke gjennomføringen i videregående opplæring. Med utsatte barn og unge menes her barn og unge med høy risiko for å utvikle helsemessige og sosiale problemer, manglende kompetanseoppnåelse i utdanningssystemet, marginalisering og varig utenforskap. For mange barn og unge opplever å være kasteballer mellom ulike systemer. I sin rapport Mot alle odds er Difi opptatt av at manglende helhetstenkning og koordinert styring fra staten kan hindre helhetlige og virksomme tjenester til befolkningen.

Beregninger gjennomført av Senter for økonomisk forskning i 2009 viser at dersom andelen som fullfører videregående opplæring økes fra 70 til 80 pst., vil det innebære en kostnadsreduksjon for samfunnet på anslagsvis 5,4 mrd. kroner for hvert kull.

Boks 20.4 Regjeringen vil:

- Revidere forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Utarbeide en ungdomshelsestrategi.
- Utarbeide en samlet strategi for seksuell helse.
- Videreutvikle samarbeidet om utsatte barn og unge mellom 0 og 24 år.
- Legge fram en strategi mot barnefattigdom og konsekvenser av fattigdom for barn og ungdom våren 2015.
- Gjennomføre et arbeid overfor barn og unge, som skal løfte regjeringens satsinger på barn og unge generelt og satsinger rettet spesielt mot utsatte barn og unge.

21 Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering har i mange år vært pekt på som et av helse- og omsorgstjenestens svakeste områder. Til tross for dette, og gjentatte tverrpolitiske ønsker og verbale ambisjoner om å løfte disse områdene, har for lite skjedd. Det ønsker denne regjeringen å gjøre noe med. For å få til en reell styrking av habilitering og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, må en rekke tiltak settes i verk.

Det må klargjøres hva som er nødvendige og forsvarlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester for de store målgruppene. Ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må bli tydelig. Det er et politisk ønske å samle flere rehabiliteringsoppgaver som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten i større og mer kompetente kommuner i forbindelse med kommunereformen. Tilbud i spesialisthelsetjenesten må imidlertid ikke trappes ned før det er bygget opp i kommunene.

Helse- og sosialpersonell må lære å stille spørsmålet: Trenger denne brukeren habilitering eller rehabilitering? Spørsmålet må stilles ved utskrivning fra sykehus, ved konsultasjoner hos fastlegen, ved sykemelding og ved alle situasjoner der helse- og omsorgstjenesten møter brukere som har redusert funksjons- og mestringsevne.

Når behov er avdekket, må ledere og personell i tjenestene vite hvordan disse behovene kan dekkes på en god og kunnskapsbasert måte, og tilbudet må finnes. Det handler både om organisering, arbeidsmetoder og helse- og sosialpersonell med rett kompetanse og tverrsektorielt samarbeid. Opplæring av brukere og pårørende er avgjørende for å mestre livet med sykdom eller funksjonsnedsettelse. Det er nødvendig å tydeliggjøre kommunenes plikt til å sørge for denne opplæringen. Endelig må det sikres at kapasiteten er tilstrekkelig.

Rehabilitering er tjenester og støtte til bruker/pasient i form av strukturerte tiltak over en tidsperiode for å gjenvinne tapte funksjoner. Brukeren/pasienten er hovedaktøren i prosessen. Målet er å bedre pasientens og brukerens evne til å mestre eget liv. Tradisjonelt har begrepet rehabilitering i stor grad vært knyttet til somatiske sykdommer.

Mange brukere med behov for rehabilitering har også sosiale problemer, funksjonsnedsettelser, psykiske plager og rusproblemer.

Habilitering relateres til funksjonsnedsettelser som skyldes medfødte og tidlig ervervede tilstander. Habilitering består ofte av flere prosesser gjennom hele livsløpet, og starter for mange tidlig i barndommen.

Habilitering og rehabilitering er flere tjenester satt sammen til en helhet. Derfor er dette et krevende område. De ansatte må ha kompetanse på mange felt, evne til å samarbeide med brukere, pårørende, kolleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten og med andre støttespillere i andre samfunnssektorer. Videre kreves det god organisering av tjenestene og at disse utformes etter brukernes behov, mål og ressurser og ikke den enkeltes diagnose.

21.1 Status og utfordringer

Mye av fundamentet for dagens rehabiliteringspolitikk er resultat av St.meld. nr. 21 (1998–99) Ansvar og meistring – mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. Som en følge av meldingen ble det utarbeidet en forskrift om habilitering og rehabilitering, som fra 2014 ble endret til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Forskriften fastsetter oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Både spesialisthelsetjenesten og kommunene ble pålagt å opprette en koordinerende enhet med ansvar for å koordinere tjenestene og holde oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen. Brukere med behov for komplekse, langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys en koordinator.

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 lagt frem. I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester iverksatt fra 2012, pålegges kommunen å tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Mange mottar god habilitering og rehabilitering i kommunene i dag, og mange kommuner

har flerfaglige rehabiliteringsteam og fungerende samarbeidsordninger mellom de ulike deltjenestene. Flere pasient- og brukergrupper får likevel fortsatt ikke det habiliterings- og rehabiliteringsstilbudet de bør få. Det er behov både for økt kapasitet, økt kompetanse, nye tilbud og bedre organisering. Eksempler på store pasientgrupper med klare rehabiliteringsbehov er gitt i tekstboks 21.1.

Det har over tid vært en alminnelig oppfatning at habiliterings- og rehabiliteringsstilbudet ikke er blitt gitt tilstrekkelig prioritet. Ved behandling av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen pekte en samlet komite på dette, og representantene fra KrF, Høyre og FrP påpekte at en forutsetning for å lykkes med reformen var at disse tjenestene ble styrket gjennom en opptrappingsplan. De samme partiene fremmet forslag om en slik nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering under Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. I tråd med dette tar regjeringen sikte på å legge frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Denne skal ha hovedvekt på kommunene, men samtidig ha oppmerksomhet på ansvarsavklaringen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og samhandlingen mellom dem.

Rehabilitering skjer på mange arenaer: på helsestasjonen, i barnehagen, i skolen, i hjemmet, i sykehjem, i egne rehabiliteringssentre med dag- eller døgntilbud, ved Nav-kontoret, og i samarbeid med arbeidsgiver på arbeidsplassen. Rehabiliteringsfeltet har de senere årene gjennomgått en betydelig faglig utvikling. Generelt er det en utvikling mot mer lokalbasert og poliklinisk rehabilitering for mange pasientgrupper. Forskning viser at de beste rehabiliteringsresultatene for enkelte brukergrupper oppnås hjemme. Behandling og rehabilitering i brukerens hjem gir også størst pasienttilfredshet.

Årsverksutvikling for mange av tjenestene viser en jevn økning. Antall rehabiliteringsplasser i institusjon (primært sykehjem) viser en økning på 62 pst. Antall korttidsplasser i sykehjem viser for perioden 2009–2013 en økning på 30 pst. Rehabiliteringsplasser og korttidsplasser i sykehjem brukes i mange kommuner fleksibelt, dvs. at det ofte skjer både opptrening og rehabilitering i korttidsplassene i sykehjem.

Boks 21.1 Eksempler på store pasientgrupper med rehabiliteringsbehov

- Personer som har gjennomgått hjerneslag
- Personer med neurologiske lidelser eller hjerneskader
- Personer med syn- og eller hørselstap
- Personer med brudd og andre skader
- Personer med langvarige eller kroniske sykdommer, f.eks. kols, diabetes, hjertekar-sykdom, kreft, og reumatiske lidelser
- Personer med sosiale problemer, atferdsproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer
- Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap
- Personer med muskel-skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
- Barn med medfødte eller ervervede funksjonstap
- Personer med utviklingshemming

Habilitering og rehabilitering organiseres ulikt i kommunene, samtidig som det i lov og forskrift er bestemt at visse strukturer skal være etablert. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) har 85 pst. av kommunene nå etablert en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering som har en overordnet funksjon. Mange kommuner har i tillegg innført bestiller-utførermodellen hvor det fattes vedtak på enkelttjenester av en viss varighet hva angår tjenestetype og volum. Disse to enhetene samarbeider på et overordnet nivå.

I kommunen vil rehabilitering utenfor institusjon alltid være den mest sentrale delen av rehabiliteringsstilbudet. Oftest settes det sammen flerfaglige team rundt brukeren utfra brukerens behov, f.eks. ansvarsgrupper. Enkelte kommuner har etablert egne rehabiliteringsteam, samlokalisert de mest sentrale fagpersonene og eventuelt organisert de mest sentrale tjenestene i egne rehabiliteringsenheter.

Noen kommuner samarbeider på tvers av kommunegrensene om rehabilitering for enkeltbrukere

Tabell 21.1 Plasser til rehabilitering og tidsbegrenset opphold i institusjon

	2009	2010	2011	2012	2013
Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon	1910	2015	2071	2257	3101
Plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i institusjon	5810	5998	6623	6753	7536

Kilde: SSB

med særskilte utfordringer og lidelser f.eks. ved sjeldne diagnoser. Likevel opplever mange brukere at de utskrives for raskt fra sykehus og får mangelfullt tjenestetilbud fra kommunen. Flere aktører har pekt på at en av de største utfordringene er at kapasiteten og kompetansen i tjenestene ikke er god nok. Dette gir manglende helhetlig tilbud, lange ventetider og fører til mange brudd i forløpene som har betydelige konsekvenser for brukere og pårørende. Det får også konsekvenser i form av for lav intensitet på funksjonstreningen. Tjenestene blir dermed lite virkningsfulle.

Mange kommuner mangler deler av den grunnleggende basiskompetansen for å gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Dette rammer flere grupper. Det er lang ventetid på behandling hos fysioterapeut og da særlig hos fysioterapeut med spesialisert kompetanse. I 2006 fikk fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi, sammen med kiropraktorer, en utvidet rolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bl.a. kan pasienten oppsøke behandler uten henvisning fra lege. Dette ble gjort for å redusere ventetid til behandling slik at pasienten kunne få raskere hjelp hos grupper med god kompetanse på muskel- og skjelettsykdommer.

Tall fra SSB 2013 viser at i overkant av 100 kommuner har ikke ergoterapeut tilknyttet sin virksomhet, og i mange kommuner som har tilbud om ergoterapi er det lang ventetid for å få tjenesten. Hagenutvalget foreslo i sin innstilling NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, en tredobling av ergoterapeuter i kommunene for å styrke arbeidet med aktiv omsorg, rehabilitering og bruk av velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler. Logopedtjenester, tilbud innen sansemotorisk trening og ernæringskompetanse er også svært begrenset. Treningstilbud som varmtvannsbasseng er bare tilgjengelig i enkelte kommuner og ofte med begrenset åpningstid. Rehabiliteringstilbudet til mennesker med psykiske helseproblemer varierer mye fra kommune til kommune. For denne gruppen vil f.eks. sosionomer, vernepleiere og ergoterapeuter kunne bidra til gode tjenester. Fra tjenesteutøverne i habiliteringstjenestene rapporteres det om at voksne med cerebral parese og kognitiv svikt og barn med ervervede hjerneskader har store udekkede behov på tross av klare anbefalinger om forbedringstiltak. Pasienter med kroniske sykdommer som opplever akutte forverrelser, f.eks. kols-pasienter som får lungebetennelse, vil ha stor nytte av mer systematisk og intens rehabilitering, men får det ofte ikke. I tillegg har innspill fra brukerne vist at ungdom med

behov for tilbud tilpasset sin livssituasjon og alder, ikke får dekket sine behov for tjenester.

Når det gjelder tilbudet til eldre med brått eller gradvis fall av funksjon, varierer tilbudet mellom kommunene. Den demografiske utviklingen tilsier at denne gruppen eldre vil øke sterkt de neste årene. Dette representerer kanskje den største rehabiliteringsmessige utfordringen. Samtidig er det også det største mulighetsområdet, ettersom det brukes svært store ressurser til kompenserende bistand og pleie til eldre. Det er også dokumentert at et godt rehabiliteringstilbud etter utskriving fra sykehus både vil redusere antallet reinnleggelse, øke overlevelsen, bedre funksjonsnivået og redusere hjelpebehovet (Garåsen m.fl. 2008).

I en undersøkelse av kommunenes rehabiliteringstilbud oppgir nær fem pst. av 256 kommuner at de ikke har tilbud om rehabilitering i institusjon (Rambøll 2014). 15 pst. har egen kommunal rehabiliteringsinstitusjon og i underkant av syv pst. har samarbeid gjennom interkommunal rehabiliteringsinstitusjon. Ut over dette gis det meste av tilbudet gjennom øremerkede plasser og rehabiliteringsavdelinger i sykehjem. For sistnevnte tilbud har Statens helsetilsyn påpekt betydelige mangler, og forskning viser at det både er mer kostnadseffektivt og gir bedre resultat for pasientene å gi tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon fremfor som enkeltplasser i sykehjem (Johansen m.fl. 2012).

Overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene er sårbar. Det samme gjelder overgangen mellom livsfaser; barn-ungdom-voksen-eldre. Brukere med behov for mange tjenester samtidig opplever svikt i koordinering av tjenestene. Dette kommer særlig frem når det gjelder barn og unge og deres behov for tilrettelagte tjenester utenfor helse- og omsorgssektoren (se kapittel 20). Det er samarbeidsflater mellom habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunene og mot spesialisthelsetjenesten og private tilbud. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.

Det er lite kunnskap om rehabiliteringstilbud til personer med innvandrerbakgrunn. Det er likevel grunn til å tro at de nevnte utfordringene når det gjelder samhandling og koordinering, vil være sterkere der personen i tillegg har begrenset norskkunnskap og kunnskap om tilbud i kommunen (Berg 2014, se kapittel 29).

Helsedirektoratet har påpekt at et helhetlig rehabiliteringsforløp for personer i yrkesaktiv alder som har mulighet til å oppnå full eller delvis arbeidsevne, må inneholde tiltak for å komme tilbake til arbeid.

21.2 Ansvarsdeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Ansvaret er nærmere utdypet i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Videre skal spesialisthelsetjenesten sørge for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter, og råd og veiledning til ansatte i kommunen.

For de fleste brukere vil tyngdepunktet av tjenestene ligge i kommunen. Dette gjelder bl.a. for mennesker med kroniske sykdommer, utviklingshemning, eldre og personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Tjenestenes formål tilsier at tjenestene må ytes nærmest mulig der personen lever sitt liv.

Mange opplever ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene som uklar. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn utarbeidet rapporten Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS-1947). Rapporten beskriver prinsippene for ansvarsdelingen. Brukere med behov for spesialisert og samtidig flerfaglig kompetanse av høy intensitet og med komplekse problemstillinger, skal behandles i spesialisthelsetjenesten. Brukere med behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø, langvarig og koordinert oppfølging og tverrsektoriell samhandling, skal ivaretas i kommunen. Individuell plan er et viktig verktøy i begge nivåene og må følge brukeren i overganger mellom nivåene.

Den endelige konkretisering av ansvarsdelingen må skje lokalt gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e. Habilitering og rehabilitering skal beskrives i disse samarbeidsavtalene.

I løpet av 2015 vil Helsedirektoratet utgi en veileder for habilitering og rehabilitering, individuell

plan og koordinator som skal beskrive hele feltet. Denne vil presentere gode eksempler på hvordan habilitering og rehabilitering kan organiseres og gjennomføres både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og komme med nærmere utdyping og oppdatering av anbefalingene fra IS-1947. Veilederen vil bidra til å tydeliggjøre hva nødvendig og forsvarlig habilitering og rehabilitering er.

Det vil være fordeler ved å samle en større del av rehabiliteringsansvaret i kommunene. Overføring av ansvar til kommunene vil bl.a. kunne gi bedre og mer helhetlige løsninger for pasienter og brukere ved at kommunene kan se rehabilitering i sammenheng med de øvrige kommunale tjenestene. Det vil også gi kommunene sterkere insentiver til å satse mer på forebygging og rehabilitering i hjemmet. Større kommuner kan få et større ansvar innen rehabilitering som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten. I det videre arbeidet med kommunereformen skal det utredes nærmere hvilke oppgaver innen rehabilitering større kommuner skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsendring skal skje.

21.3 Hvordan sikre et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud?

Et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud forutsetter både god ledelse, kompetanse, kunnskapsbaserte arbeidsformer, effektiv organisering og tilstrekkelig kapasitet. Ledelse og kompetanse er omtalt i egne kapitler i meldingen, og det vises til disse. Av særlig betydning for rehabilitering, er at kommunene innehar kompetanse innen sosial og fysisk rehabilitering og spesialpedagogikk. Regjeringen vil vurdere hvilke krav en skal sette til kompetanse på disse områdene. Når det gjelder arbeidsformer, vil etableringen av primærhelseteam gi større muligheter til å ivareta opplærings- og oppfølgingsbehov enn i dag, særlig for pasienter med kroniske sykdommer. Dette er omtalt i egne kapitler. Når det gjelder kapasitet, foreslår regjeringen tiltak for å redusere ventetid og gi kommunene mulighet til å påvirke avtalefysioterapeutenes praksisprofil slik at aktiviteten er i samsvar med kommunenes behov og prioriteringer. Helsedirektoratets kommende veileder vil være et nyttig verktøy for kommunene. Opplæring av brukere og pårørende er også helt avgjørende og omtales i et eget avsnitt nedenfor.

En forutsetning for et godt tilbud er også at helse- og sosialpersonell har evnen til å identifisere behovene og har kunnskap om hva som er effektive tiltak. De må mye oftere stille spørsmål

let: Trenger denne pasienten eller brukeren habilitering eller rehabilitering, og hvilke tjenester må involveres for at brukeren skal oppnå bedret funksjons- og mestringsevne?

En stor og økende gruppe med rehabiliteringsbehov er eldre med sammensatte sykdommer og tilstander som ofte opplever funksjonstap av ulike årsaker. Denne gruppen har behov både for en forebyggende innsats og for en strukturert rehabiliteringsinnsats etter episoder med funksjonstap. For å møte dette behovet har et stort antall kommuner innført eller er i ferd med å innføre hverdagsrehabilitering som en del av sitt tjenestetilbud. Inspirasjonen hentes først og fremst fra erfaringer fra svenske og danske kommuner. Hverdagsrehabilitering er beskrevet i tekstboks 21.2. For mer informasjon, vises det til nettsiden hverdagsrehabilitering.no.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt prosjektmidler til utvikling av et faglig grunnlag for å forberede forsøk, utvikling og utbredelse av gode modeller for hverdagsrehabilitering. Prosjektet ble initiert av Norsk Ergoterapeutforbund og gjennomført i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og KS. I tillegg har Helsedirektoratet siden 2013 gitt tilskuddmidler til kommuner for å utvikle og utprøve modeller for hverdagsrehabilitering. Det er til nå gitt midler til 43 prosjekter i 46 kommuner. Senter for omsorgsforskning og Universitetet i Oslo har fått i oppdrag å evaluere prosjektene. Sluttrapport vil etter planen foreligge i februar 2016.

Alle kommuner bør også ha tilbud om rehabilitering i institusjon, enten i egen kommune eller i samarbeid med andre. Brukere kan ha behov for et intensivt opplegg, og det kan være behov for å planlegge flyttingen hjem, ev. å få utført nødvendige ombygninger eller installasjon av tekniske hjelpemidler i hjemmet. Noen brukere kan ha behov for gjentatte innleggelse for å løfte funksjonsnivået ved progredierende sykdom. En suksessfaktor har vist seg å være tett samarbeid med pårørende og tett samarbeid mellom institusjonsledelse og hjemmetjenestene. Resultatet av rehabiliteringen er bedre desto nærmere hjemmet tilbudet blir gitt. Dette gjør interkommunale tilbud mer utfordrende.

Koordinator er en viktig person for brukerne for å sikre at tjenestene blir samordnet og tilpasset den enkeltes behov og for at brukermidvirkning blir ivaretatt gjennom forløpet. Mange får ikke tildelt koordinator og må ivareta oppgaven selv. Kvaliteten på koordineringen kan i for stor grad bli personavhengig. Opplæring og kontinuerlig veiledning av koordinatorene er derfor svært

Boks 21.2 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform som skiller seg fra andre typer rehabiliterings-tilbud i kommunen ved at den i stor grad utføres av ansatte i hjemmetjenesten og skjer i brukers hjem og nærmiljø. Rehabiliteringen bygger på brukernes egne mål. For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter som å stelle seg selv, lage mat, ta bussen, komme seg på butikken, være sammen med barnebarn eller delta på sosiale eller kulturelle aktiviteter. Konseptet ble opprinnelig utviklet i Frederica kommune i Danmark og startet i 2008.

Det gis en intensiv innsats i oppstartsfasen, gjerne av et tverrfaglig team med ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, vernepleier eller sykepleier med rehabiliteringskompetanse. Teamet vurderer rehabiliteringspotensialet, kartlegger fysiske, psykiske og sosiale ressurser og utarbeider plan, koordinerer, veileder og instruerer hjemmetjenestepersonell og følger opp med effektmåling, dokumentasjon og evaluering av rehabiliteringsforløpet.

Rehabiliteringen skjer i brukers hjem eller nærmiljø. Det er vanlig å fange opp nye brukere allerede ved første henvendelse om behov for hjemmetjenester eller utskrivning fra sykehus. Hverdagsrehabilitering er aktuelt for personer med et akutt funksjonsfall, men også for personer med gradvis funksjonsfall eller ved progredierende sykdom, som f.eks. demens, for å bevare og bedre brukers funksjoner lengst mulig.

Erfaringen så langt tyder på at det er en god investering å komme tidlig inn med tverrfaglige rehabiliteringsressurser, i stedet for å gi mer og mer kompenserende bistand og pleie etter hvert som funksjonsevnen reduseres. Det gir et bedre liv for den enkelte og utsetter eller reduserer behovet for andre kostnadskrevenne kommunale pleie- og omsorgstilbud.

Per i dag har over 100 kommuner i Norge tilbud om hverdagsrehabilitering og flere kommuner planlegger å starte opp.

viktig for å sikre best mulig felles utgangspunkt for i neste omgang å kunne legge til rette for en koordinering som er tilpasset de enkelte brukers behov.

21.4 Pasient- og pårørendeopplæring

God sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelige kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling. Dette gjelder i særlig grad ved kroniske sykdommer som diabetes og kols. NCD-strategien (2013–2014) beskriver dette.

Pasientopplæring kan skje i form av en-til-en konsultasjon eller i grupper av brukere og pårørende med samme diagnose/problem. Etablering av primærhelseteam vil innebære en ny arena der viktig opplæringsbehov kan ivaretas på en bedre måte enn det som er tilfelle i dag. Både individuell opplæring og gruppetilbud kan ytes av sykepleier eller annet helsepersonell i et slikt team, eller det kan skje hos fastlegen, hos fysioterapeuten, i frisklivssentraler eller i et kommunalt lærings- og mestringssenter.

Brukere besitter viktig erfaringskompetanse. Kommuner bør legge til rette for at denne kompetansen benyttes i kommunens opplæringstilbud ved å etablere samarbeid med brukerorganisasjoner om likemannsarbeid. Likemannsarbeid har en verdi i seg selv, samtidig som det hever både kvaliteten og kapasiteten i opplæringstilbudet.

Pasient- og pårørendeopplæring bør inngå i et helhetlig forløp for brukere, pasienter og deres pårørende, på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Opplæringstilbudet for alle vanlige tilstander bør kunne gis i kommunene. For sjeldnere og mer spesialiserte tilstander må både opplæringen og erfaringskompetansen/likemannsarbeidet forankres i spesialisthelsetjenesten, i tråd med vanlige prinsipper for arbeidsdeling mellom nivåene.

Pasienter og brukere gir uttrykk for at det kommunale tilbudet i dag er mangelfullt. Flertallet av kommunene har ikke et strukturert og systematisk opplæringstilbud. Den opplæringen som skjer, skjer oftest som del av det individrettede tilbudet hos lege, fysioterapeut eller andre. Kommunene gir uttrykk for at de er enige i at det er viktig at pasient- og pårørendeopplæring settes i system, men anser ikke at dette i dag inngår i deres ansvar.

Frisklivstilbud er en form for brukeropplæring. Formålet er å bistå til bedre levevaner og fremme fysisk og psykisk helse, primært gjennom veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og tobakksavvenning. Målgruppen er personer med økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom, uavhengig av diagnose. Tilbud og plan for oppfølging utvikles i samarbeid mellom fagpersoner og brukere ut fra kunnskapsbaserte metoder for endring av levevaner. Det utvikles også tilbud til brukere med let-

tere psykiske lidelser. Tilbudet er kommunalt, ofte etablert gjennom frisklivssentraler. Brukere kan henvises med frisklivsresept fra fastlege, Nav eller andre eller de kan oppsøke tilbudet uten henvisning. Siden 2010 har Helsedirektoratet gitt oppstartstilskudd til etablering av frisklivstilbud i kommunene. Ved utgangen av 2013 hadde 200 kommuner etablert frisklivstilbud (SSB 2013) og antallet er økende. Flere er etablert som interkommunalt tilbud. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for etablering og organisering av frisklivssentraler. Det er etablert nettverk for frisklivssentraler i alle fylker. Ansattes fagbakgrunn og kompetanse varierer, men stillingsressurser er gjennomgående små. I 2013 var gjennomsnittlig antall årsverk i frisklivssentral 0,9. Av disse var det 113 kommuner som hadde mer enn halv stilling og 87 kommuner som hadde mindre enn halv stilling. Fysioterapeuter utgjør den største faggruppen ved frisklivssentralene.

Erfaringer viser at lærings- og mestringstiltak som startes opp i sykehus ikke uten videre videreføres i kommunen. Dermed kan effekten av igangsatte tilbud i sykehus utebli. Det trengs sterkere vektlegging av at veiledning og opplæring skal være elementer i et helhetlig pasientforløp på linje med medisinsk behandling. Lovreguleringen av pasientopplæring er ulikt formulert i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, og kan oppfattes som svakere vektlagt for kommunene. For å sikre nødvendig pasient- og pårørendeopplæring vil regjeringen tydeliggjøre kommunenes plikt til å drive pasient- og pårørendeopplæring i helse- og omsorgstjenesteloven.

Mange kommuner er for små til selv å etablere gruppetilbud. Det bør da etableres interkommunale tilbud.

21.5 Bedre utnyttelse av fysioterapiressursene

Fysioterapeuter er en viktig faggruppe i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Regjeringen foreslår tiltak for å sikre kommunenes styring av avtalefysioterapeutene slik at prioriterte grupper får behandling raskt, og at kapasiteten hos fastlege og fysioterapeut blir bedre utnyttet.

Kommunene gir uttrykk for at de i liten grad kan påvirke avtalefysioterapeutenes virksomhet, og at de ikke har mulighet til å nyttiggjøre seg avtalefysioterapeutenes kapasitet innenfor rehabilitering. Det er spesielt udekkede behov for behandling i pasientens hjem som kommunene peker på. Avtalefysioterapeutene utgjør 2642 av totalt 4535

fysioterapeutårsverk (SSB 2013) fordelt på 3410 personer. Både avtalefysioterapeutenes prioriteringer og forskriften som gir rett til fritak for egenandel for fysioterapi (diagnoselisten) er mekanismer som bidrar til å forhindre at grupper som kommunene prioriterer, kommer raskt til behandling.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd, gir departementet hjemmel til å kunne gi en forskrift om krav til avtalefysioterapeutenes virksomhet. Flere kommuner har uttrykt ønske om en forskrift. Regjeringen vil starte arbeidet med en forskrift i samarbeid med KS og fysioterapeutenes organisasjoner. Forskriften vil inneholde krav til fysioterapeutenes virksomhet, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Kommunene kan da gå i dialog med fysioterapeutene om deres praksisprofil er i samsvar med fastsatte krav og kommunens prioriteringer og ev. kreve endringer dersom det ikke er samsvar. Det vil gi bedre tverrfaglig og helhetlig oppfølging av brukerne.

I dag kan alle pasienter oppsøke næringsdrivende fysioterapeuter uten henvisning. Hvis pasienten skal få refundert hele eller deler av utgiftene etter forskrift i folketrygdloven § 5-8, må vedkommende ha henvisning og fysioterapeuten må ha driftsavtale med kommunen. Det er i dag i hovedsak fastlegen som henviser til fysioterapeut. Fysioterapeuten har i stor grad et selvstendig ansvar for pasientens medisinske oppfølging. Fysioterapeuten prioriterer selv mellom pasienter i egen praksis, i noen grad i samarbeid med kommunen. For mange pasienter medfører derfor dagens ordning et legebesøk som ikke gir merverdi for pasientens oppfølging/behandling, men innebærer ekstra kostnader for både pasienten og staten i form av egenbetaling/refusjon og økt ventetid for å komme i gang med behandlingen. Dagens ordning legger også beslag på fastlegetid som kunne vært benyttet til andre pasienter og oppgaver.

Direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege m.m. er innført i mange land. Erfaringene er positive. Å avvikle henvisningskravet som vilkår for at pasienten får rett til refusjon hos avtalefysioterapeut, vil gi en mer tilgjengelig tjeneste for pasientene og i tillegg en mer effektiv bruk av samlede ressurser. Et slikt tiltak er i samsvar med regjeringens mål om å forenkle og avbyråkratisere etablerte ordninger og et ledd i å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen vil derfor vurdere å avvikle vilkåret i folketrygdloven som stiller krav om at pasienten må ha henvisning fra lege m.m. for å få refundert sine utgifter fra trygden ved behandling hos fysioterapeut, når avtalefysioterapeutenes virksomhet er bedre regulert gjennom forskrift.

Kommunene kan inngå driftsavtale med selvstendig næringsdrivende fysioterapeut eller ansette på fast lønn. De fleste kommuner har begge tilknytningsformer. For gruppen ansatte fysioterapeuter kan kommunen søke om fastlønnstilskudd fra staten som kompensasjon for manglende refusjon fra trygden. Tilskuddet var per 2014 på 183 120 kroner for et årsverk. For å redusere ventetid på fysioterapi og utnytte kompetansen er det ønskelig at kommunen kan ha samme person i et ansettelses- og avtaleforhold og likevel motta fastlønnstilskudd for den kommunale stillingsprosenten. I henhold til fastlønnsforskriften er en slik kombinasjon ikke mulig. Helsedirektoratet og KS har foreslått å endre vilkåret for fastlønnstilskudd da en slik kombinasjon er ønskelig i små distriktskommuner hvor det kan være rekrutteringsproblemer i tjenesten, og hvor kommunene kan ha behov for å bevare og utnytte fysioterapeutens kompetanse. Regjeringen vil derfor utrede endring av vilkåret for fastlønnstilskudd slik at samme person kan inneha begge tilknytningsformer og gjøre tjenesten mer fleksibel for kommunene.

Boks 21.3 Regjeringen vil:

- Utarbeide en opptrappingsplan for rusfeltet
- Etablere en forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet, herunder kvalitets- og funksjonskrav
- Vurdere å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans når forskrift som regulerer virksomheten er innført
- Utrede muligheten for at kommunene kan tildeles fastlønnstilskudd også når fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen for å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel for kommunene
- Tydeliggjøre kommunenes ansvar for pasient- og pårørendeopplæring i helse- og omsorgstjenesteloven
- Utrede nærmere hvordan en utvidelse av kommunenes ansvar for habilitering og rehabilitering kan gjennomføres som en del av det videre arbeidet med kommunereformen
- Videreføre arbeidet med å dokumentere effektene og utvikle og implementere hverdagsrehabilitering i kommunene
- Ta sikte på å utarbeide en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som vil ha sitt hovedfokus rettet mot kommunene

22 Tjenester til personer med psykisk helse- og rusproblemer

Psykiske plager og rusproblematikk er blant de største helseutfordringene i Norge. Områdene har på nasjonalt nivå vært høyt politisk prioritert over lang tid. Det er blitt utformet egne opptrappingsplaner, stortingsmeldinger og satsninger. Likevel er det fortsatt et stort behov for forbedringer.

Kommunens ansvar for å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester omfatter alle pasientgrupper. For å understreke kommunens ansvar overfor personer med psykisk sykdom og rusmiddelproblem, ble disse bruker- og pasientgruppene særskilt nevnt i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal være forsvarlige og likeverdig over hele landet. Likevel beskrives det store forskjeller i tjenestetilbud til psykisk syke og personer med rusmiddelproblem fra kommune til kommune.

Utfordringsbildet tilsier at det er behov for kapasitets- og kvalitetsheving på alle nivåer; fra forebygging, tidlig innsats gjennom lavterskeltilbud, oppfølging av personer med lettere og moderate lidelser, hevet prioritering og fortsatt omstilling i spesialisthelsetjenesten og bedre oppfølging etter utskrivelse, bl.a. gjennom styrket samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. For å få til dette må brukere og pasienter involveres og være sentrale i utformingen av tjenestene.

Regjeringen vil derfor styrke tjenestetilbudet til personer med rusproblemer og personer med psykiske helseutfordringer. Gjennom å innføre krav om psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen bidra til å sikre en nødvendig kompetanseheving i kommunenes psykisk helse- og rustjenester og samtidig gi kommunene et viktig verktøy i folkehelsearbeidet. Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter, også innen psykisk helse og rus. Regjeringen vil tydeliggjøre kommunenes ansvar for å gi forsvarlige tjenester til mennesker med psykisk sykdom og rusproblematikk bl.a. gjennom å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og klargjøre at den kommunale plikten til øyeblikke-

lig hjelp døgntilbud også omfatter brukere med psykisk helse- og rusproblematikk. Videre vil regjeringen gjennom kommunereformen skape kommuner som har kapasitet og kompetanse til å levere et bredere tjenestespekter, noe som også vil komme mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer til gode. Som et ledd i dette skal det gjennomføres et forsøk med overføring av driftsansvaret for distriktpspsykiatriske sentre (DPS) til noen større kommuner.

I dette kapittelet omtales tjenester til voksne personer med psykiske lidelser og rusproblemer. For særskilt omtale av psykisk helse- og rusutfordringer hos barn og unge og tiltak for å møte disse, henvises til kapittel 20.

Regjeringens politikk for å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet er nærmere omtalt i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Psykisk helse i folkehelsearbeidet innebærer å rette innsatsen mot forhold som påvirker befolkningens psykiske helse på tvers av sektorer, og skape et samfunn som fremmer psykisk helse og trivsel.

22.1 Mål

I innstillingen til St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet (Innst. S. nr. 258 (1996–97)) understreket en samlet sosialkomité at målet med tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser må være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Komiteen la også avgjørende vekt på at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et mest mulig normalt liv og være innlemmet i det lokalsamfunnet de er en del av. Selv om innstillingen omhandlet en stortingsmelding om psykisk helse, er disse målene like gyldige for mennesker med rusproblemer.

Komiteen pekte videre på at for at målene om selvstendighet, uavhengighet, inklusjon i lokalsamfunn og livsmestring skulle kunne nås, måtte tjenestetilbudet bygges ut nærmest mulig bruker og pårørende.

I innstillingen til Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg!* (Innst. S. nr. 207 (2012–2013)) stilte en samlet komité seg bak de overordnede målene som ble foreslått, herunder at å begrense forbruket av alkohol og narkotika er et overordnet mål for rusmiddelpolitikken. Et redusert forbruk vil gi reduserte skader. Videre mente komiteen at et helhetlig perspektiv, med vekt på forebygging, tidlig innsats, hjelp og behandling, samt pårørende- og tredjepartsfokus, er viktig og hensiktsmessig.

Regjeringen anser disse målene som like gyldige i dag, og at beskrivelsen er dekkende for hvordan pasientens helsetjeneste for mennesker med psykisk sykdom og rusproblematikk må innrettes. Tjenester som fremmer uavhengighet, selvstendighet og mestring forutsetter at brukere får ta reelle og aktive valg om utforming, innretning og innhold i tjenestene. Målsetningene ligger til grunn for beskrivelsen av tiltak i dette kapitlet.

22.2 Status

Evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) (Kalseth m.fl. 2008) viste at de fleste kvantitative målene om å styrke infrastrukturen for psykisk helsearbeid i kommunene ble nådd. Dette dreide seg bl.a. om en kraftig personellvekst i både kommune og spesialisthelsetjeneste, en økning i antall boliger og oppbygging av distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Etter at opptrappingsplanen ble avsluttet i 2008, og de øremerkede midlene lagt over i kommunerammen, har imidlertid veksten i årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid stoppet opp. Fra 2008 til i dag er befolkningen økt med nær 400 000, noe som innebærer en reell reduksjon i personell innen psykisk helsearbeid per innbygger i tidsrommet.

I Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg!* ble status og utfordringer på rusfeltet beskrevet, herunder en oppsummering av forrige opptrappingsplan for rusfeltet. Som det fremgår av meldingen gjøres det mye godt arbeid både i kommuner, i spesialisthelsetjenesten, i private virksomheter og i frivillige organisasjoner. Samtidig er det likevel særskilte utfordringer i tjenestetilbudet til personer med rusproblemer, som bl.a. samhandlingsutfordringer, at problemer identifiseres for sent, fortsatt for lang ventetid og for dårlig oppfølging i kommunene.

OECD Review of health care quality: Norway 2014 så bl.a. på psykisk helse- og rustjenestetilbudet i Norge. De viktigste konklusjonene er at det norske helsevesenet i hovedsak leverer gode psy-

kisk helse- og rustjenester til befolkningen, men at det likevel finnes betydelige svakheter. OECD trekker særlig frem geografiske og diagnosemessige variasjoner i kvalitet og innsats, begrenset datagrunnlag og manglende koordinering av tjenester som områder med klare svakheter.

Modellforsøket med rekruttering av psykologer til kommunene fra 2010–2013 ga gode resultater, og ble i 2013 erstattet av et rekrutteringstilskudd. Gjennom disse ordningene er det gitt tilskudd til å ansette om lag 300 psykologer i norske kommuner. Evalueringen av modellforsøket viser at de fleste av disse psykologenes arbeid er rettet mot barn og unge, og at de i stor grad ønsker å arbeide mer helsefremmende og forebyggende. Riktignok påpeker evalueringen at ambisjonene om å jobbe forebyggende, ikke nødvendigvis spilles i de faktiske arbeidsoppgavene psykologene i kommunene har (Fossestøl og Skarpaas 2013, Ådnanes m.fl. 2013).

Hvor langt en har kommet i arbeidet med å inkludere brukere og pårørende i utviklingen av kommunale psykisk helse- og rustjenester varierer mye fra kommune til kommune (Helgesen 2007). Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid, Sammen om mestring fra 2014, peker på at brukeren skal og må være viktigste aktør i tjenestene. Aktiv involvering av brukere i valg av behandling og tjenester er ikke bare en demokratisk rettighet eller politisk og faglig målsetning, men også av stor betydning for effekten av behandlingen. Erfaringene fra andre og sammenlignbare land, og fra utprøving av brukersentrerte og -styrte tjenester i Norge, viser at det er betydelig gevinst i å inkludere brukere og pårørende mer i utforming av tjenestene.

Erfaringene etter terrorangrepet 22. juli 2011, var at selv om helsetjenestenes innsats var god, var det mangler i den psykososiale beredskapen i kommunene. Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer fra 2011 anbefaler at kommuner etablerer psykososiale kriseteam for å kunne yte tilfredsstillende omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer.

Psykisk helse- og rusproblemer i Norge

Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og om lag en tredjedel i løpet av et år. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er på nivå med det en finner i andre vestlige land. Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet eller -misbruk er de vanligste gruppene lidelser i Norge. Fore-

Boks 22.1 Kommunalt psykisk helse og rusarbeid

Siden 2007 har kommunene årlig rapportert på antall årsverk innen psykisk helsearbeid, mens den lignende rapporteringen for kommunalt rusarbeid begynte i 2010. For psykisk helsearbeid har antall årsverk rettet mot voksne vært

nokså stabilt siden 2007, mens det har vært en markant nedgang i antall årsverk rettet mot barn og unge. For kommunalt rusarbeid virker årsverksinnsatsen å være nokså stabil.

Tabell 22.1 Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid etter målgruppe, og årsverk i kommunalt rusarbeid

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Årsverk psykisk helsearbeid	12029	12546	12136	12195	11940	11955	11728
Årsverk, målgruppe voksne	9069	9627	9392	9492	9326	9267	9145
Årsverk, målgruppe barn og unge	2961	2920	2744	2703	2614	2688	2584
Årsverk rusarbeid				3700	4033	4123	3990

Kilde: Rambøll 2014, Ose og Kaspersen 2015.

komsten av angst- og depresjonslidelser er høyere hos kvinner, mens menn er overrepresentert når det kommer til rusrelaterte lidelser.

Norge har et lavt alkoholkonsum sammenlignet med andre sammenlignbare land, men samtidig er det en stor utfordring at konsumet øker, jf. Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! Samtidig viser tall fra Folkehelseinstituttet at det er nedgang i antall ungdom som oppgir å ha drukket alkohol. Alkohol er uten sammenligning det mest brukte rusmiddelet i Norge. 90 pst. av den voksne befolkningen oppgir at de har drukket alkohol de siste 12 månedene (Skretting m.fl. 2014).

Det finnes ikke statistikk som viser eksakt utbredelse av rusproblemer i Norge. Anslag over antall stordrikkere på landsbasis er usikre og varierer fra 66 500 til 377 000, avhengig av målemetode (Amundsen 2010). Mellom 78 000 og 120 000 menn i alderen 15–79 år og mellom 42 000 og 73 000 kvinner oppgir å ha brukt et narkotisk stoff i løpet av ett år. Mellom 10 000 og 18 000 har brukt heroin. Beregninger tyder på at om lag 8000 personer injiserer, hovedsakelig heroin. Data fra befolkningsundersøkelser viser at Norge ligger lavt i bruk av cannabis, kokain, heroin og ecstasy, sammenliknet med andre land. De senere årene har det vært en stor økning i tilgjengelighet og bruk av amfetamin og særlig metamfetamin i Norge. Det er en noe større andel som har erfaring med disse stoffene i Norge enn i en del andre land.

En studie fra Ståle Pallesen og medarbeidere (2014) viser at anslagsvis 3 pst. av befolkningen

Tabell 22.2 Livstidsprevalens for ulike psykiske lidelser og rusproblemer

Lidelse	Livstidsprevalens i pst.
Angstlidelser	26,7
Alvorlig depresjon	14,0
Alkoholmisbruk/-avhengighet	9,4
Stoffmisbruk/-avhengighet	1,8

Kilde: Folkehelseinstituttets Tvillingstudie

spiller pengespill på en slik måte at de har moderat til høy risiko for å utvikle problemer. Data-bingo i bingolokale, internettbingo og interaktive spillterminaler i bingolokaler (Belago) var spillformene som størst andel av spillerne oppga som problematisk å kontrollere og begrense. Omtrent like stor andel av befolkningen (3,3 pst.) oppgir moderate til alvorlige problemer knyttet til dataspill.

De fleste psykiske lidelser debuterer i forholdvis ung alder. Noen får symptomer eller utbrudd allerede i barne- eller ungdomsalder, og de fleste sykdomstilfeller debuterer før 30-årsalder. For mange følger psykiske lidelser et kronisk forløp, med perioder av spontan bedring etterfulgt av tilbakefall. Dette understrekes av at om lag en tredjedel av alle uførepensjoner, både i Norge og i resten av OECD-området, er psykiske lidelser registrert som hovedårsak. Gjennomsnittsalderen ved innvilgelse av uførepensjon er sju år lavere enn for somatiske lidelser (46 mot 53,4 år).

Hvert år registreres om lag 530 selvmord i Norge. Årlig tar om lag 150 kvinner og i underkant av 400 menn sitt eget liv. Folkehelseinstituttet anslår at det er om lag 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord.

Selvmordsforsøk er mer vanlig blant kvinner. Mellom 3 500 og 7 500 personer årlig forsøker å ta sitt eget liv. Tallene for selvskading, med liten eller ingen intensjon om å dø, er mer usikre, men sannsynligvis høyere enn omfanget av selvmordsforsøk. Selvskading er vanligere blant ungdom enn voksne (Mykletun m.fl. 2009).

Samtidig er det viktig å understreke at nordmenns tilfredshet med livet er høy, og andelen med betydelige psykiske plager er lav i Norge sammenlignet med de fleste andre europeiske land (Bang Nes og Clench-Aas 2011).

22.3 utfordringer

Om en legger alle evalueringer, rapporter og avisartikler oppå hverandre, kan en bli sittende igjen med et inntrykk av at ingen med psykisk helse- eller rusproblemer får det tilbudet de har rett til og behov for i kommune-Norge. Slik er det selv sagt ikke. Mange kommuner har et godt tjenestetilbud til sine innbyggere, og mange steder fungerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene bra. Dette er også konklusjonene til OECD i deres quality review, men de påpeker at også Norge har betydelige utfordringer i sine tjenester til psykisk syke og rusavhengige. Det er f.eks. ikke akseptabelt at hvor du bor, avgjør hvor god oppfølging du får om du skulle få en psykisk lidelse eller et rusproblem.

Evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse pekte på at noen grupper ikke fikk styrket tilbud gjennom opptrappingsplanen, og trekker særlig frem eldre og mennesker med milde til moderate psykiske lidelser. Det manglende tilbudet til denne gruppen trekkes også frem av OECD i deres quality review. Andre vurderinger av kommunale tjenestetilbud finner at andre brukergrupper også får for dårlige tilbud. I Sintef sin rapport om utskrivningsklare pasienter og unødvendige innleggelse pekes det på at tjenestetilbudet til mennesker med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer, og særlig de med behov for sammensatte og koordinerte tjenester, er for svakt. OECD peker på manglende koordinering som et betydelig problem for å sikre tjenester av god kvalitet til denne gruppen.

Fylkesmannen i Hedmark har i perioden 2012–2014 gjennomført ni tilsyn med helse- og omsorgstjenestene til voksne personer med psykiske lidelser og samtidig langvarig rusmiddelproblemer. I åtte av ni kommuner ble det funnet avvik knyttet til bl.a. mangelfull kartlegging og utredning av behov. Det fattes i liten grad vedtak, ansvar for planlegging og iverksetting av individuell plan er uklart mv. Funnene er i samsvar med avvik i andre fylker og tilsvarende funn i det landsomfattende tilsynet i 2004.

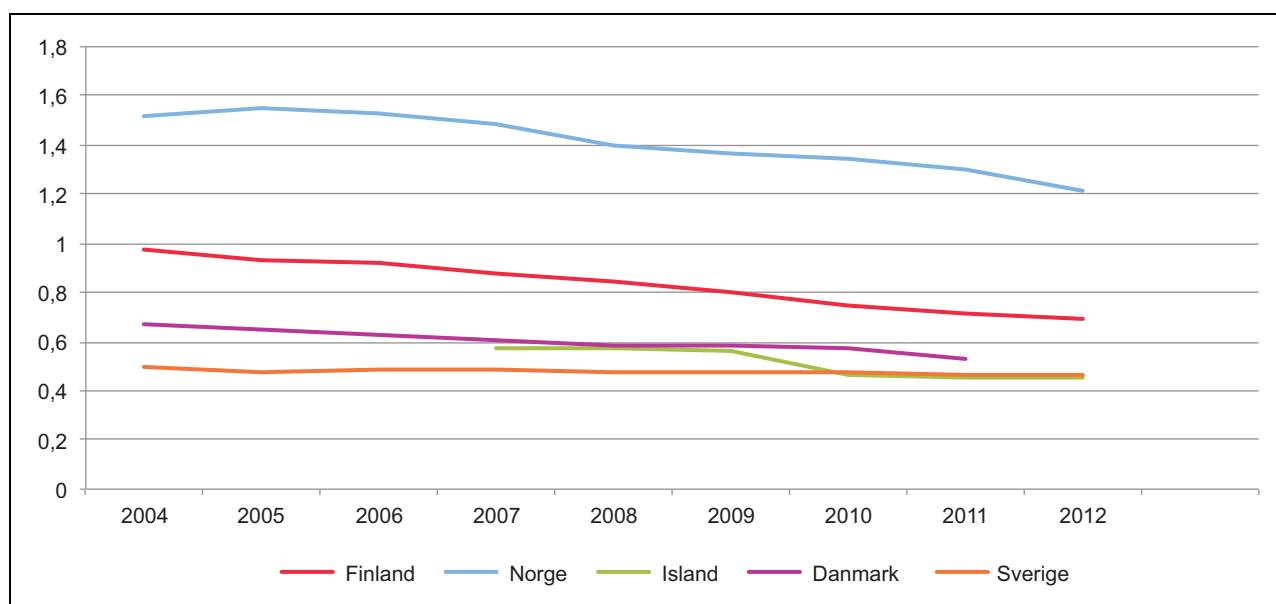
To undersøkelser fra Kunnskapscenteret om brukererfaringer fra 2014 blant innlagte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) viser at brukerne i liten grad er tilfreds med de kommunale tilbudene. Hele 77 pst. av brukerne i TSB og 66 pst. av pasientene i psykisk helsevern svarte at de ikke i det hele tatt, i liten grad eller i noen grad var tilfreds med tilbudet fra kommunene (Haugum og Iversen 2014, Kjølledal og Iversen 2014).

Folkehelseinstituttets rapport om helsefremmende og forebyggende tiltak innen psykisk helse antyder at det forebyggende arbeidet, særlig rettet mot barn og ungdom, har betydelige hull (Major m.fl. 2011).

Det er, overordnet sett, utfordringer i det kommunale psykisk helse- og rustilbudet til alle brukergrupper.

Den ønskede endringen i spesialisthelsetjenesten, hvor innsatsen gradvis har dreid over fra langtids døgntilbud til oppsøkende, tilgjengelige og polikliniske tjenester, har også hatt effekt for kommunene. Nedbyggingen av institusjonspsykiatrien medførte at en ikke utbetydelig andel alvorlig psykisk syke mennesker ble flyttet ut i kommunene, og den stadige reduksjonen i langtidspsykiatriske sengeplasser gir kortere gjennomsnittlige liggetider, og innebærer en økt utfordring for kommunene. Samtidig er det viktig å fremheve at denne utviklingen er villet og riktig, både sett fra et faglig, etisk og økonomisk perspektiv. Det er et mål at ingen mennesker skal leve livene sine i spesialisthelsetjenesten, og kommunene har et lovpålagt ansvar for å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester til brukere med psykiske helse- eller rusproblemer. Muligheten for tilfriskning, ivaretagelse av personlig integritet og inklusjon i samfunnet er størst om brukeren kan bo i sin hjemkommune og være omgitt av sitt nettverk.

Selv om antall pasienter som mottar behandling i psykisk helsevern har økt kraftig samtidig som antall døgnplasser er redusert, lar det seg ikke underslå at omleggingen av psykisk helse-



Figur 22.1 Utvikling i sengeplasser i psykisk helsevern

Figuren viser utvikling i sengeplasser i psykisk helsevern per 100 000 innbygger i utvalgte OECD-land fra 2004 til 2012.

Kilde: OECD Health Data 2013

vern har medført at kommunene har fått større ansvar for flere brukere med omfattende psykisk helse- og rusproblematikk, og tilsvarende stort behov for kommunale tjenester. En kan her argumentere for at kommunene hele tiden har hatt ansvar for å yte tjenester til denne gruppen, men faktum er at mange i stor grad har mottatt sine tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette er trolig en del av forklaringen på at kommunene har dreid sin ressursinnsats innen psykisk helse- og rusarbeid inn mot gruppen med behov for omfattende tjenester. Det synliggjøres gjennom at en stadig større andel av personellressursene brukes inn mot tjenester i bolig. Denne dreiningen av innsatsen har medført at andre grupper, som barn og unge og mennesker med moderate psykiske lidelser, har fått redusert sitt tjenestetilbud slik rapporteringen på årsverksutvikling i psykisk helsearbeid viser.

Mennesker med alvorlige psykiske helse- og rusproblemer får i dag i for liten grad sammenhengende og koordinerte tjenester. Det går på bekostning av helse, tilfriskningspotensial og livskvalitet for den enkelte, og er samfunnsøkonomisk ulønnsomt. Erfaringer fra effektive tiltak, som f.eks. oppsøkende behandlingsteam og Jobbmestrende Oppfølging, er at også mennesker med alvorlige psykiske lidelser og betydelige rusproblemer kan nyttiggjøre seg behandling, og delta i ordinært arbeid og aktivitet.

Mennesker med alvorlige psykiske helse- og/eller rusproblemer er også blant de brukergruppene som oftest bringes opp som utfordringer for

kommunene. En undergruppe av disse igjen, brukere med volds- og atferdsproblemer, er særlig utfordrende for tjenestene. I denne gruppen finner man også brukere som begår kriminelle handlinger, men er for syke til å sone i fengsel og samtidig ikke oppfyller vilkårene om bruk av tvang etter psykisk helsevernlov.

Nødvendig kapasitet og kompetanse i kommunale tjenester er en forutsetning for å redusere

Boks 22.2 ACT-team

Formålet med oppsøkende behandling etter ACT-modellen (Assertive Community Therapy) er å gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune- og spesialisthelsetjeneste til en pasientgruppe som ikke makter å oppsøke hjelpeapparatet, eller som ikke selv ser behov for det. Hovedmålene er å sikre pasientene en kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet uavhengig av forvaltningsnivå, forbedre pasientenes livskvalitet og fungering og å redusere bruk av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten. Evalueringen av teamene viser at de når målgruppen, reduserer bruken av tvang og antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten i betydelig grad og at brukere, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere er fornøyde med tjenestene. Samtlige datakilder i evalueringen bekrefter at ACT-teamene har vært et nyttig og godt tilbud for målgruppen.

risikoen for at pårørende, ansatte i tjenestene eller andre i brukernes nærmiljø blir utsatt for vold, redusere de negative konsekvensene for lokalmiljøet og øke brukernes mulighet til bedring. Kontinuitet og samarbeid mellom ulike kommunale tjenester, og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er en annen sentral nøkkel for denne gruppen. Erfaringene fra flere av tjenestene som setter brukernes behov og funksjon i sentrum, er at den tryggheten og stabiliteten det gir for brukerne, gjør at bruken av tvang går ned.

Samtidig er det en betydelig utfordring for kommunene å sikre tilstrekkelig kompetanse til å håndtere personer med alvorlige og sammensatte problemer. En kan ikke forvente at små kommuner skal besitte nødvendig spesialistkunnskap, og et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at alle landets kommuner skal kunne håndtere brukere med omfattende tjenestebehov.

Selvmondsraten i Norge er gjennomsnittlig sammenlignet med OECD-landene, og på om lag samme nivå som Island, Sverige og Danmark. Om lag 530 mennesker tar sitt eget liv i Norge hvert år. Det er nær fire ganger så mange som dør i trafikken årlig. Psykologiske obduksjonsstudier antyder at så mange som 90 pst. av mennesker som tar sitt eget liv, kan ha hatt symptomer forenlig med psykisk sykdom (Cavanagh m.fl. 2003, Arsenault-Lapierre m.fl. 2004). Livstidsprevalensen for psykisk sykdom er om lag 50 pst. i befolkningen for øvrig. Det tilsier at det er et betydelig uutnyttet potensial for å forebygge selvmord gjennom å få på plass lavterskeltilbud for mennesker med psykiske plager og problemer.

Mange brukere med behov for kommunale tjenester får ikke hjelp tidsnok og/eller med tilstrekkelig kvalitet. Det synliggjøres bl.a. i Sintef sin rapport om utskrivningsklare pasienter og unødvendige innleggelse som slår fast at så mye som hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått. Videre er oppfølgingen av somatisk sykdom hos mennesker med psykiske lidelser for dårlig. Studier fra våre naboland viser at mennesker med psykiske lidelser av en alvorlighet som krever behandling i spesialisthelsetjenesten lever 15–20 år kortere enn resten av befolkningen. Siri Nome (Nome 2014) finner i sin doktorgradsavhandling at mennesker som har vært innlagt i psykisk helsevern gjennomsnittlig har om lag 25 år kortere levealder enn psykisk friske. Den viktigste faktoren i redusert levetid er dårlig oppfølging av somatisk sykdom.

Det er derfor like viktig å snakke om god samhandling også mellom kommunale helse- og

omsorgstjenester, som mellom tjenestenivåene. Mange med psykisk sykdom har betydelig forhøyet risiko for alvorlige somatiske lidelser, både på grunn av bivirkninger av legemidler og overhyppighet av andre risikofaktorer som f.eks. inaktivitet og røyking. Siloorganiseringen av kommunale helse- og omsorgstjenester kommer ofte i veien for at denne sårbare pasientgruppen får nødvendig koordinerte helse- og omsorgstjenester. Kanskje er det denne pasientgruppen som

Boks 22.3 Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp er et gratis lavterskeltilbud for mennesker med milde til moderate angst- og depresjonsplager, som baserer seg på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi. Pilotutprøvingen baserer seg på det britiske Improved access to psychological therapies-programmet (IAPT), som har vist gode resultater. I 2013 ble 12 kommuner, bydeler og interkommunale samarbeid inkludert i piloten, og gjennom utvidelse av ordningen i statsbudsjettet for 2014 kom fem nye kommuner med.

Mange brukerorganisasjoner har etterlyst et slikt lavterskel behandlingstilbud til mennesker med milde til moderate psykiske lidelser. Ved å komme tidligere til i et sykdomsforløp, kan en forhindre mer langvarige og kompliserte problemstillinger og unngå unødvendige sykemeldinger. Samtidig er det veldokumentert at målrettede behandlingsintervensjoner kan være svært effektive for denne pasientgruppen. Kostnaden for å yte hjelpen er liten målt opp mot effekten i form av bedre livskvalitet for den enkelte og potensielle innsparinger i form av redusert behov for spesialiserte helsetjenester og mindre sykefravær. Videre er det etter hvert også god dokumentasjon for at arbeid i seg selv har helsebringende effekt for mange. Det er viktig at helse- og omsorgstjenestene, i større grad enn i dag kombinerer behandling for psykisk sykdom med arbeid også for gruppen med milde til moderate psykiske lidelser.

I desember 2014 ble det klart at kommunene på Fosen er så fornøyde med tilbudet at de har bestemt seg for å videreføre Rask psykisk helsehjelp for egne midler etter at prosjektperioden er over. Prosjektleder Hanne Renolen uttaler til napha.no at de ansatte i prosjektet opplever å ha lykket godt, og at tilbudet når målgruppen.

i størst grad vil ha nytte av en mer teamorganisert helsetjeneste, som i større grad evner å se pasientens helseutfordringer under ett.

Milde til moderate angst- og depresjonslidelser ligger bak en stor andel av sykefraværet i Norge. Gruppen med disse lidelsene fikk heller ikke så god nytte av opptrappingsplanen for psykisk helse som mange andre brukergrupper. Det er positivt at fastlegenes kompetanse i og interesse for behandling av denne typen lidelser har økt de siste årene. Behovet for et tilgjengelig og kompetent behandlingstilbud til denne gruppen er allikevel større enn det en kan forvente at fastlegene alene kan levere.

For mange med psykiske helseutfordringer, er tilknytningen til arbeidslivet en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Lengre tids sykefravær kan gi dårligere helse for den enkelte, og øker risikoen for varig utstøting fra arbeidslivet. Helsetjenestene må i større grad se arbeid og aktivitet både som et ledd i, og et mål for behandlingen. Filosofien om at pasienter må behandles til friskhet, før de kan komme tilbake i arbeid bidrar trolig til forlenget fravær og dårligere helse. Den manglende samhandlingen og dialogen mellom helse- og omsorgstjenestene og Nav opprettholder siloene mellom helse- og velferdstjenester, og gir dårlig samordnede tjenester for brukerne. Et styrket samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og Nav vil derfor være tjenlig både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet.

Behovet for kommunale psykososiale kriseteam ble aktualisert etter terrorangrepet 22. juli 2011. Teamenes arbeid skal ikke begrenses til så alvorlige hendelser, men situasjoner må vurderes enkeltvis. Kommuners tilgang på fagkompetanse er en viktig faktor som avgjør hvilke situasjoner teamene er i stand til å bidra inn i. En videre utvikling av kommunenes kompetanse i psykisk helse- og rusarbeid vil styrke den psykososiale beredskapen.

Behandlings- og oppfølgingstilbudet til mennesker som har opplevd traumer er mangelfullt. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har en sentral rolle i å fange opp disse menneskene, sørge for korrekt henvisning til spesialisthelsetjenesten om det er påkrevet og bidra med behandling og oppfølging fra kommunale tjenester. De siste årene har det vært satset på kompetanse om traumebehandling i spesialisthelsetjenesten. De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har i oppdrag å bidra med undervisning og veiledning,

både for kommunens arbeid med kriseteam og traumer.

Samarbeidet og samhandlingen mellom kommunale rus-, psykisk helse- og omsorgstjenester er gjennomgående for dårlig. Selv om ikke alle med psykiske helseproblemer har et rusproblem, er det en betydelig overhyppighet av rusproblemer blant mennesker med psykiske lidelser. Samtidig underrapporteres rusbruk, og ansatte i psykisk helse- og omsorgstjenester har hatt oppmerksomhet på å få frem reliabel informasjon om sine brukeres rusvaner. Forskingen viser oss også at det klare flertallet av mennesker med rusproblemer har betydelige psykiske vansker, og at det er vanskelig å behandle en av lidelsene separat. Likevel har man mange steder organisert rustjenester og psykisk helsetjenester separat, etter modell fra spesialisthelsetjenesten. Selvsagt kan dette være en hensiktsmessig ordning på steder med særskilte utfordringer, eller i store kommuner, men det er avgjørende at en sikrer at ruskompetanse er tilgjengelig for psykisk helsetjeneste, og vice versa.

22.4 Rekruttering av flere psykologer i kommunene

Et sentralt virkemiddel for å møte mange av utfordringene som er beskrevet over, er å styrke kompetansen i de kommunale tjenestene. Siden 2009 har det vært gitt tilskuddsmidler til kommuner som rekrutterer psykolog i helse- og omsorgstjenesten, men uten at rekrutteringen har fått tilstrekkelig effekt. For 2014 var tilskuddsordningen på totalt 100 mill. kroner.

Det har vært en markant økning i antall psykologstillinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste to årene. Samtidig er det fortsatt om lag 60 pst. av kommunene som oppgir å ikke ha psykologkompetanse.

Det er med andre ord behov for sterkere virkemidler for å sikre at rekrutteringstempoet går opp, og at kommunale psykologtilbud blir tilgjengelige over hele landet. Målet er at de kommunale psykologene i større grad skal arbeide mer system- og samfunnsrettet i tillegg til helsefremmende og forebyggende. Gjennom målrettet satsing på lokalt folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende tjenester reduserer kommuner behovet for spesialisthelsetjenester for sine innbyggere, samtidig som økt kompetanse gjør at lett tilgjengelig og faglig sterke tjenester kan gis uten ventetid i brukernes nærmiljø.

Regjeringen vil innføre et krav i helse- og omsorgstjenesteloven om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i sin helse- og omsorgstjeneste. Det er et nødvendig tiltak for å hindre de til dels store geografiske variasjonene i kompetanse og kvalitet, og kan bidra til en generell utvikling i psykisk helse- og rustjenester. Et slikt kompetansekrav gjør også at kommunene kan styrke sin beredskap, gjennom f.eks. å bruke psykologkompetanse inn i psykososiale kriseteam.

Dette tiltaket er også viktig for å møte Stortingets anmodningsvedtak nr. 506 (2013–2014) om å utrede en opptrapping for førstelinjen innen psykiske helsetjenester med fokus på kvalitet, forebygging og samhandling med spesialisthelsetjenesten og med en særlig prioritering av barn og unge. Gjennom å lovfeste plikten til å ha psykologkompetanse, sikrer regjeringen en minstestandard for kommunenes kompetanse på psykisk helse- og rusfeltet, og gir kommunene et viktig redskap for å heve kvaliteten, styrke det forebyggende arbeidet og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Samtidig er det langt igjen før psykologdeknningen i kommunene er tilstrekkelig til å møte behovet. Derfor tar regjeringen sikte på at lovplikten om psykologkompetanse skal tre i kraft først i 2020. I mellomtiden vil regjeringen etablere et forutsigbart, øremerket tilskudd til kommuner som rekrutterer flere psykologer enn i dag. Når pliktbestemmelsen trer i kraft, vil midlene legges inn i kommunenes frie inntekter.

For å sikre at kommunene som ansetter psykolog, utnytter kompetansen på en god måte er det behov for et kortfattet informasjonsmaterieell med gode eksempler. Dette vil kunne være både beslutningsstøtte for kommuner som vurderer å rekruttere psykolog og gi bedre utnyttelse av psykologkompetansen i kommuner som allerede har gjennomført ansettelser.

22.5 Innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter ble innført for pasienter med somatisk sykdom i 2012. Målet med ordningen er å skape gode pasientforløp ved å stimulere kommunene til å ta et større ansvar for å unngå at pasienter blir liggende i spesialisthelsetjenesten etter at de er definert som utskrivningsklare. Effekten av ordningen var umiddelbar og sterk. Antall liggedøgn i sykehus for utskrivningsklare pasienter ble halvert fra 2011 til 2012.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble holdt utenfor da de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen ble innført. I Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! ble det varslet at virkemidlene skulle innføres for disse fagområdene så snart det lar seg gjennomføre. I Prop. 1 S (2014–2015) ble kommunal medfinansiering foreslått avvirket.

At de økonomiske virkemidlene ikke ble innført for psykisk helse- og ruspasienter har bidratt til en oppfatning om at rus og psykisk helse er holdt utenfor samhandlingsreformen. Dette er uheldig ettersom formålet med en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter også er å stimulere til bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Pasienter med psykisk helse- og rusproblematikk er blant brukergruppene med størst behov for bedre samhandling mellom tjenestene. Et viktig argument for ikke å innføre ordningen har tidligere vært at datagrunnlaget har for lav kvalitet. Dette argumentet kan ikke være eviggyldig, og helseforetakene må i løpet av 2015 fremskaffe tilstrekkelig gode data til at ordningen kan innføres. I regjeringsplattformen går man bort fra å tenke om psykisk helse og rus som problemområder hvor ordninger må innføres sakte. Fritt behandlingsvalgreformens innføres i tråd med dette først for disse fagområdene.

Regjeringen tar derfor sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB, men tidligst fra 1. januar 2017.

22.6 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

I helse- og omsorgskomiteens innstilling til Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! (Innst. 207 S (2012–2013)) uttrykte komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti at det må være selvfølgelig at også de som er syke på grunn av en avhengighet eller en psykisk lidelse, skal ha det samme tilbudet som andre når det gjelder retten til et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I Sintef sin rapport om unødvendige innleggelses og utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, dokumenteres det et betydelig potensial for å unngå innleggelses gjennom etablering av adekvate kommunale tilbud. Å holde psykisk helse og rus utenfor når plikten om kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud trer i kraft, vil kunne bidra til at tjenestene til brukere med slike helseproblemer prioriteres ned. Samtidig er det en risiko for at brukere med samtidige psykisk sykdom eller

rusproblematikk og somatiske sykdommer ikke får nytte av et kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp, fordi de vurderes primært å ha en psykisk sykdom eller ruslidelse og dermed ikke ha rett til et slikt tilbud. Det vil etter regjeringens vurdering være en uholdbar situasjon. Det er bakgrunnen for at regjeringen nå tydeliggjør at plikten om å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene også omfatter brukere med psykisk sykdom og/eller rusproblemer. Samtidig har innfasingen av ordningen fra 2012 og frem til nå vært avgrenset til tilbud til mennesker med somatiske sykdommer. For å gi kommunene tid til å etablere nødvendige tilbud, vil regjeringen innføre plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene for mennesker med psykisk helse- og rusproblemer fra 2017. Regjeringen vil komme tilbake med de økonomiske rammene for en overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene i de ordinære budsjettprosessene.

22.7 Andre tiltak

Opptappingsplan for rusfeltet

Opptappingsplanen for rusfeltet (2007–2012) ga ikke det løftet som var nødvendig. Det er over flere år dokumentert mangler i tjenestetilbudet til personer med rusproblemer og /eller psykiske problemer, som bl.a. samhandlingsutfordringer, fortsatt for lang ventetid og for dårlig oppfølging av personer med rusproblemer i kommunene. Regjeringen ønsker derfor å styrke innsatsen på rusfeltet ved å etablere en ny opptappingsplan som skal bidra til å sikre kapasitet og kvalitet i tilbudet. Målet er å sikre bedre forebygging og oppfølging av personer med rusproblemer, kortere ventetid og bedre kvalitet.

Regjeringen vurderer at behovet for opptapping av rusfeltet i første rekke gjelder innsatsen knyttet til tidlig intervensjon og hjelp til personer med rusproblemer. Den primærforebyggende innsatsen handler i første rekke om å videreføre dagens rusmiddelpolitikk gjennom befolkningsrettede tiltak – Helse i alt vi gjør – og tilgjengelig- og etterspørselsreduserende virkemidler. Det rusmiddelforebyggende arbeidet er både en del av folkehelsearbeidet og en viktig del av rusmiddelpolitikken. Hovedlinjene i den forebyggende rusmiddelpolitikken er gjennom behandlingen av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! og Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen er gitt bred tilslutning i Stortinget og stadfestet i regjeringserklæringen. Det legges derfor til grunn at det rusmiddelforebyggende arbeidet forsterkes

og videreføres innenfor disse rammene. Det er imidlertid behov for en ytterligere styrking av forebyggende tiltak overfor utvalgte grupper.

Målet er å legge frem en opptappingsplan i løpet av 2015.

Følge opp tiltak i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvsykdom

Helsedirektoratet lanserte våren 2014 en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvsykdom. Gjennom tiltak innenfor fem målområder skal omfanget av selvmord og selvsykdom i befolkningen reduseres. Planen gir særlig oppmerksomhet til tidlig intervensjon og forebygging på arenaer hvor barn, unge, voksne og eldre lever livene sine, og kommunens helse- og omsorgstjenester er derfor sentrale i arbeidet. Planen inneholder tiltak rettet både mot hele befolkningen, risikogrupper og enkeltpersoner med selvmordssatferd og selvsykdom.

Allerede i revidert nasjonalbudsjett for 2014 ble arbeidet mot selvmord og selvsykdom styrket gjennom en tilleggsbevilgning på 5 mill. kroner. Helsedirektoratet må vurdere hvordan tilskuddsmidlene de forvalter best kan brukes for å følge opp tiltak og nå mål i handlingsplanen. Viktige tiltak må implementeres raskt. I oppdragsdokumentet for 2015 gis derfor de regionale helseforetakene i oppdrag å starte innføringen av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern.

Vurdere en ny og varig finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam

Aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen er en behandlingsform utviklet i USA på begynnelsen av 1970-tallet for å behandle mennesker med alvorlig psykisk lidelse i deres nærmiljø. Ideen som gjennomsyrrer modellen er at behandlingen flyttes ut av kontor og institusjon, inn på brukerens hjemmearenaer. Behandlingen er teambasert, flerfaglig og omfatter et bredt spekter av tjenester. I Norge er modellen implementert som et faglig og økonomisk samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at ACT-teamene kan levere både spesialisert helsehjelp og kommunale tjenester samtidig. Den nasjonale satsningen på implementering og evaluering av modellen startet i 2009, og målgruppen har hele tiden vært mennesker med alvorlig psykisk sykdom alene eller i kombinasjon med rusmisbruk.

Resultatene fra evalueringen er gode. Tjenestene treffer målgruppen godt. Nær 90 pst. av brukerne har schizofreni, schizotypi, paranoide lidelser eller bipolar lidelse og om lag 60 pst. av brukerne har i tillegg problemfylt bruk av ett eller flere rusmidler. Gjennomsnittlig skåring på et anerkjent instrument for funksjonsvurdering (Global Assessment of Functioning, GAF) er 39, som indikerer stor funksjonssvikt innen flere områder. Over 80 pst. av brukerne har vært innlagt i psykisk helsevern året før inntak i teamene.

Etter 24 måneders oppfølging av ACT-team finner evalueringen signifikant bedring på flere områder. Boforholdene for brukerne er markant bedret gjennom at færre er uten fast bopel, og flere har stabil inntekt i form av uføretrygd eller har kommet i arbeidsrettede tiltak og utdanning. Symptombelastningen er også betydelig redusert, og antall brukere med alvorlige til svært alvorlige depresjonssymptomer og selvmordsrisiko er redusert. Antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten halveres for brukerne, og antall liggedøgn på tvang reduseres ytterligere. For personer med mange innleggelse før inntak i ACT-teamene reduseres tvangsbruken med over 70 pst.

Når evalueringen i tillegg viser at brukerne, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere er fornøye og har stor tro på modellen, må dette få betydning for hvordan tjenestene til disse brukergruppene organiseres. Det er verken god pasientbehandling eller fornuftig ressursbruk at kommunale, sosiale og arbeidsrettede tiltak settes i gang først når pasienten er «ferdigbehandlet» i spesialisthelsetjenesten. Når tiltakene er koordinerte og samtidige, oppnås oppsiktsvekkende gode resultater, både når det gjelder forbruket av spesialisthelsetjeneste, tvangsbruk, opplevd livskvalitet og tilknytning til arbeidslivet. I Innst. 11 S (2014–2015) uttaler en samlet helse- og omsorgskomiteé at det er viktig å få etablert en varig finansieringsmodell for ACT-team, der både kommunene og helseforetakene ansvarliggjøres.

Regjeringen vil arbeide videre med spørsmålet om videre implementering av aktivt oppsøkende behandlingsteam. Et av de sentrale suksesskriteriene for aktivt oppsøkende behandlingsteam er at teamene er etablert som organisatorisk og økonomiske samarbeid mellom tjenestenivåene. En fremtidig finansieringsmodell må bygge videre på denne organiseringen. Samtidig er det slik at den største, kortsiktige økonomiske gevinsten kommer i spesialisthelsetjenesten gjennom reduksjon i tvangsbruk og liggetid. Hvordan en fremtidig kostnads- og gevinstdeling for kommuner og spesialisthelsetjeneste skal være, innenfor dagens

økonomiske rammer, må utredes og vurderes nærmere. Gjennom budsjettforliket med Venstre og Kristelig Folkeparti ble det lagt inn 10 mill. kroner mer til oppsøkende behandlingsteam i statsbudsjettet for 2015. Dette er, i påvente av en finansieringsmodell, tilstrekkelig til å sikre etablering av nye team, uten at bevilgningen til eksisterende team må reduseres.

Styrke kompetansen om rus i helse- og omsorgstjenesten

Økningen i alkoholforbruket i Norge de siste tiårene har ført til en markert økning i alkoholrelatert sykkelighet og innleggelse i sykehus. Rehm og medarbeidere viser i en studie fra 2010 at dersom andelen av befolkningen i Europa med en utviklet alkoholavhengighet, som ble gitt en kunnskapsbasert behandling, ble økt fra dagens 20 pst. til 40 pst., ville en kunne redusere antall alkoholrelaterte dødsfall med 13 pst. for menn og 9 pst. for kvinner.

Risikofylt og skadelig rusmiddelbruk medfører store menneskelige lidelser, for brukeren selv, for barn, andre pårørende og tredjepart generelt. I tillegg medfører det store samfunnsøkonomiske kostnader. Utrekninger av samfunnsmessige kostnadene relatert til rus er knyttet til tap av velferd som alvorlig sykdom, skade, død, tapte arbeidsår, arbeidsledighet og kriminalitet. Rusrelaterte sykdommer legger beslag på store deler av kapasiteten i helsetjenestene. Eksempelvis anslo Roar Gjelsvik (Gjelsvik 2004) at de samlede kostnadene som følge av alkoholbruk ligger mellom 11,5 og 12,5 mrd. kroner hvert år for norsk arbeidsliv. Den potensielle besparelsen for samfunnet kan være stor ved å sette i gang tiltak som effektivt kan minimere skader fra rusmiddelproblemer. Det er godt dokumentert at kartlegging og tidlig intervensjon i kommunenes helse- og omsorgstjeneste kan redusere alkoholkonsumet blant pasienter med et risikofylt forbruk (Rossow m.fl. 2010).

Å heve kompetansen om rus i de kommunale helse- og omsorgstjenestene generelt, og samtidig sørge for at det finnes kompetanse for å behandle rusproblemer, vil dermed både være bra for brukerne og samfunnsøkonomisk fornuftig.

Forsøksordning med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner

Regjeringen har besluttet å etablere en forsøksordning med overføring av driftsansvaret for distriktpsikiatriske sentre (DPS) til noen større kommuner som ønsker å prøve ut en slik ordning.

Formålet med ordningen er å innhente erfaringer med at noen større kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse.

DPS er en spesialisthelsetjeneste, og utgjør et hovedfundament i psykisk helsevern med ansvar for å behandle alle typer alvorlige psykiske lidelser. Alle DPS skal i tillegg ha tilbud om tjenester til rusavhengige. Det lovbestemte ansvaret skal forbli hos RHF i denne prøveordningen. Ordningen skal derfor baseres på avtale mellom kommune og RHF, som sikrer at DPS kan fortsette å tilby og utvikle spesialiserte tjenester og som samtidig gir kommunen råderett over ressursene i DPS med frihet til å organisere tilbudet i sammenheng med kommunale tjenester. RHF beholder ansvaret for sykehusavdelingene, og tett faglig samarbeid mellom sykehus og kommunalt drevet DPS vil være en forutsetning. Gjeldende pasient- og brukerrettigheter videreføres i forsøket. Forsøksordningen skal evalueres.

Med driftsansvar menes ansvar for budsjett og økonomisk resultat, ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, koordinering mot andre tjenester og for at virksomheten drives etter avtaler med RHF, gjeldende lov- og regelverk samt tilrettelegging for drift etter nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Helsedirektoratet har i oppdrag å foreta nærmere utredning av hvordan forsøksordningen kan gjennomføres. Deretter må kommuner og helseforetak som ønsker å delta,

starte en prosess for å komme frem til en avtale. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Kommunal- og moderniseringsdepartementet beslutte hvilke kommuner og hvilke DPS som skal inngå i forsøket.

Boks 22.4 Regjeringen vil:

- Rekruttere flere psykologer til kommunene gjennom å lovfeste kommunens plikt til å ha psykologkompetanse, innføre en ny finansieringsordning for kommunepsykologer frem til plikten trer i kraft i 2020 og få utarbeidet informasjonsmateriell for kommuner som ansetter psykologer.
- Innføre kommunal øyeblikkelig hjelp døgn også for psykisk helse- og rusområdet fra 2017.
- Ta sikte på en innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helse og rus, tidligst fra 2017.
- Utarbeide en opptrappingsplan for rusfeltet.
- Følge opp handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskadning.
- Vurdere en ny og varig finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam.
- Styrke kompetansen om rus i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Gjennomføre et forsøk med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner.

23 Tjenester til personer med kronisk sykdom

Helse- og omsorgstjenesten vil i årene fremover møte flere brukere med kroniske lidelser som vil kreve langvarig oppfølging. Det er de fire ikke-smittsomme sykdommene hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft som bidrar mest til for tidlig død, som av WHO blir omtalt som NCD-lidelsene (non communicable diseases). Når det gjelder tap av livskvalitet og årsaker til uførhet utgjør psykisk sykdom og kroniske muskel- og skjelettlidelser de viktigste årsakene.

Økningen i forekomst av ikke-smittsomme, kroniske sykdommer har først og fremst sammenheng med at det blir flere eldre. Likevel er situasjonen den at bedre levekår og levevaner gjennom livet har bidratt til at eldre i dag er sprekere og lever lengre enn tidligere. Endringen kan knyttes til en pensjonisttilværelse med relativt god helse, mye fritid og god økonomi som historisk sett er en ny fase i livet og er økende.

Forekomsten av kronisk sykdom rammer ikke tilfeldig. Det er en opphopning både innenfor grupper i samfunnet og for enkeltindivid. Gjennomsnittstall kan derfor lett skjule store forskjeller i en befolkning, og at forskjellene endrer seg. Mange brukere har to eller flere kroniske sykdommer. Bare én av fem hjertepasienter har bare hjertesykdom og bare én av fire har bare kols. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har vist at samtidig psykiske lidelse øker forekomsten av somatiske sykdommer betydelig. Tilstedeværelsen av psykisk sykdom endrer forløpet av somatiske sykdommer. Psykisk syke lever i gjennomsnitt 20–25 år kortere enn befolkningen forøvrig.

Én eller flere kroniske sykdommer er ikke nødvendigvis til hinder for at en bruker eller pasient kan oppleve høy livskvalitet eller leve et aktivt og godt liv, være i arbeid og klare seg selv hjemme. Det som kjennetegner de fire nevnte ikke-smittsomme sykdommene, spesielt diabetes og kols, er at forebygging, god medisinsk behandling og rehabilitering over tid kan påvirke prognosen og redusere konsekvensene av sykdommene. Man har sett at legekontor med tverrfaglig bemanning som samarbeider i team gir bedre oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer (van Dijk m.fl. 2010, Rumball-Smith m.fl. 2014).

Dette kapittelet handler derfor om hvordan primærhelseteam som omtalt i kapittel 13.2 kan gi en god oppfølging av pasienter med kronisk sykdom i den delen av livet der brukeren ikke er vesentlig hjelpetrequende og ev. får behov for hjemmesykepleie og andre tjenester hjemme.

23.1 Mål

Målet for tjenestene i møtet med brukere med risiko for eller etablert kronisk sykdom, er å avdekke dette tidspunktet til at ev. muligheter til forebygging eller behandling ikke blir forringet. Det vil gi brukere muligheter til å velge hva som vil være viktigst for dem. Videre forløp og oppfølging vil være avhengig av brukeren selv. Det er brukeren som eventuelt må velge å endre livsstil og gjennomføre oppfølgingen. Helse- og omsorgstjenesten må gjøre brukeren best mulig i stand til dette, gjennom motivering, god opplæring og tilbud om systematisk oppfølging. For personer med bare én kronisk sykdom/tilstand vil faglige retningslinjer for tilstanden være utgangspunktet. Har brukeren flere kroniske sykdommer, må tilbudet om oppfølging i større grad bli utformet i samråd med brukerens ønsker og mål for eget liv. Det er viktig å redusere risikoen for polyfarmasi og unngå at behandling og annen oppfølging ikke blir en belastning som kommer i tillegg til de belastningene som sykdommene i seg selv medfører. Målet må være å hjelpe brukeren til et best mulig liv, der denne opplever å mestre livet i tråd med egne mål, unngår forverring, komplikasjoner og innleggelse i sykehus og forblir i arbeid og er selvhjulpent i størst mulig grad lengst mulig. Brukerne bør få tjenestene de trenger, særlig de tjenestene de trenger ofte, så nærme som mulig der de bor. Den største delen av oppfølgingen og koordineringen vil kunne bli ivaretatt av primærhelseteamet (fastlegen) i samarbeid med brukeren selv.

I mai 2012 vedtok Verdens helseforsamling (WHO) målet om å redusere for tidlig død av NCD-sykdommene med 25 pst. innen 2025. Norge har sluttet seg til målet.

23.2 utfordringer

En utfordring i dag er at noen brukere lever med kroniske sykdommer, som f.eks. diabetes 2 eller kronisk lungesykdom, uten at dette er blitt konstatert. Dette skyldes bl.a. at det gjøres for lite systematisk forebyggende arbeid i helsetjenesten. Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten følger nasjonale faglige anbefalinger for hvilke sykdommer som man bør ha et strukturert opplegg for å oppdage til rett tid, og hvilke metoder som skal brukes. Det handler om hvilke screeningundersøkelser som er anbefalt for hvilke grupper i hvilke aldre, og hvilke sykdommer hvor det er anbefalt med case-finding. Forebyggende konsultasjoner handler om motiverende samtale og planlagte rutineundersøkelser og kan trygt og med fordel gjennomføres av sykepleiere som jobber i team med fastlegene.

En forutsetning for at personer som får avdekket sykdom eller risiko for dette, skal kunne foreta informerte valg for videre oppfølging, er god livstilveiledning og opplæring, ev. også av deres pårørende. I dag er det mange legekantor som ikke har et godt system for pasient- og pårørendeopplæring. Det gjelder også konkret praktisk opplæring i f.eks. måling av blodsukker og egenmåling av lungefunksjon. God veiledning og opplæring vil redusere behovet for kontroller og på sikt redusere risikoen for en negativ utvikling av sykdommen.

Fastlegene har et medisinskfaglig koordineringsansvar, og kommunene har en plikt til å ha en koordinerende enhet. Mange pasienter har også rett til individuell plan. Likevel opplever mange tjenestene som fragmenterte, noe som reduserer brukerens mulighet til å være med å forme egen oppfølging i tråd med egne mål og ønsker.

En særlig utfordring gjelder for personer med psykisk sykdom. Som beskrevet i innledningen, er det dokumentert at personer med psykisk sykdom i gjennomsnitt lever 20–25 år kortere enn befolkningen for øvrig. Viktige årsaker til dette er mangelfull oppfølging av risikofaktorer knyttet til livsstil, somatiske tilstander de psykisk syke har og bivirkninger av legemidler.

Over tid har utviklingen gått i retning av at en større del av helse- og omsorgstjenestene leveres i kommunene. Dette er også ett av de sentrale målene med samhandlingsreformen. Tall fra Samdata 2013 for spesialisthelsetjenesten viser en reduksjon i døgnopphold og antall liggedager de siste ti år for kreftpasienter. Antall liggedager for

kolspasienter er også redusert. Behandling i sykehus for hjerte- og karpasienter samlet sett har gått litt ned, men varierer mellom ulike hjerte- og karlidelser. For pasienter med diabetes har det vært en nedgang i både liggedøgn og polikliniske konsultasjoner siden 2011. Det er likevel ønskelig at denne utviklingen går videre. Med god oppfølging i kommunene kan behovet for spesialisthelsetjenester reduseres ytterligere. Bruk av ny teknologi, som telemedisinske konsultasjoner, ev. ambulante spesialisthelsetjenester, kan bidra til å flytte de spesialiserte tjenestene nærmere der pasientene bor og til å styrke kompetansen ved legekantor og i primærhelseteam. Alle som har behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten, skal få det.

23.3 Vurdering og veien videre

For å nå målene og møte utfordringene beskrevet over, er det behov for mange ulike tiltak. Det er også bakgrunnen for at Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 laget en egen NCD-strategi. Målet for strategien er en mer samlet og ensartet innsats på alle nivåer i arbeidet med disse fire sykdommene, samtidig som det særegne ved den enkelte sykdom ivaretas. Strategien er delt inn i en felles del med felles utfordringer og tiltak, samt en del med spesifikke utfordringer, mål og tiltak for den enkelte sykdomsgruppe.

Befolkningsrettede forebyggende tiltak er i stor grad de samme for alle de fire sykdommene. Eksempler på dette er tiltak for å tilrettelegge for fysisk aktivitet, et sunt kosthold og redusert tobakksforbruk. Folkehelsemeldingen adresserer dette. Den beskriver også tiltak i forhold til folkehelseutfordringene som følge av psykisk uhelse, vold og overgrep.

Det kanskje viktigste tiltaket for å møte utfordringene som følger av kronisk sykdom, er imidlertid endringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse må innrettes slik at målene beskrevet over nås. Det må i sterkere grad enn i dag legges vekt på teamarbeid i forebyggende tjenester, opplæring, aktiv oppfølging og gode pasientforløp.

Brukermedvirkning – Hvis jeg fikk velge

Regjeringen vil styrke brukermedvirkningen. Det vises til kapittel 4.1. Det er særlig viktig for personer med kroniske lidelser, at brukermedvirkning tas på alvor i alle ledd.

Primærhelseteam

Regjeringen vil legge til rette for etablering av primærhelseteam. Dette vil være et sentralt tiltak for å bedre tilbudet til brukere med kronisk sykdom. Primærhelseteam vil gi mulighet for mer forebyggende arbeid, bedre opplæringstilbud og for en mer aktiv oppfølging av listepopulasjonen ut fra et populasjonsperspektiv. Primærhelseteamet må vurdere behovet for å invitere til forebyggende konsultasjoner, tilby individuell eller gruppebasert opplæring og sikre at alle med etablert(e) sykdom(mer) følges opp på en systematisk måte i samråd med pasienten og med utgangspunkt i relevante faglige retningslinjer. Med utgangspunkt i teamets sammensetning, må de internt avtale hva som er den faglig og ressursmessig riktige måten å fordele oppgavene på. Primærhelseteamet må også ha oversikt over hvilke andre tilbud som finnes i kommunen og i øvrige nære omgivelser, som frisklivstilbud, rehabiliteringstilbud mv., som de kan samarbeide med og henvise til for å sikre alle den best mulige oppfølgingen. Teamet vil også ha ansvar for å sikre god koordinering av oppfølgingen. Den viktigste samarbeidspartneren vil likevel alltid være brukeren selv.

En innretning av tjenestene på denne måten er ikke bare nødvendig for å nå NCD-målene, men også for å møte utfordringene og bedre livene til alle brukere med langvarige eller kroniske lidelser, som f.eks. personer med muskel- og skjelettplager, psykiske helseplager, rusavhengighet og nevrologiske lidelser.

Opplæring av pasienter og pårørende

Regjeringen vil tydeliggjøre kommunenes plikt til å ha et opplæringstilbud, jf. kapittel 21.4. Dette kan utformes på ulike måter, både som en integrert del av primærhelseteamenes tilbud, jf. over, eller som egne tilbud. Samarbeid med brukerorganisasjonene er ønskelig.

Kompetanse

For å sikre den faglige kvaliteten på behandlingen som tilbys personer med kroniske lidelser, må tjenesteyter ha tilstrekkelig kompetanse. Det vises til kapittel 15 om kompetanse. Dette handler både om formelle kvalifikasjoner og tilgang på kunnskap. Faglige retningslinjer for behandling av kroniske lidelser må være kjent og følges på en syste-

matisk måte i samråd med pasienten. Det er behov for å utvikle faglige veiledere og retningslinjer for pasienter med flere kroniske sykdommer som kan understøtte en bedre oppfølging av personer med kronisk sykdom og samarbeid i team. Informasjon om sykdom og behandling bør også tilrettelegges for pasienter/brukere og pårørende.

Fastleger og andre medlemmer av primærhelseteam må ha kompetanse til å tidlig kunne fange opp risiko for sykdom og å se tidlige tegn på sykdom. I tillegg må de være oppmerksomme på at pasienten kan ha flere ulike lidelser samtidig. Dette krever breddekompetanse.

Koordinerte tjenester

Personer med kroniske sykdommer krever ofte jevnlig oppfølging av flere tjenesteytere både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fastleger/primærhelseteam vil ha en viktig rolle i koordinering av tjenestene, men i tillegg må alle med rett til det, som ønsker det, få utarbeidet en individuell plan.

Helse- og omsorgstjenesten må samarbeide med andre aktører for å bidra til best mulig tilrettelegging. For personer med kroniske lidelser er spesielt arbeidsliv og skole viktig.

IKT og teknologiske hjelpemidler i behandlingen

Utvikling av IKT i hele helse- og omsorgstjenesten vil på sikt føre til bedre kommunikasjon, samarbeid, brukermedvirkning, informasjonstilgang, tilgjengelighet og koordinering. Denne utviklingen vil være spesielt viktig for tilbudet til personer med kroniske sykdommer. Det blir stadig mer vanlig å bruke ulike sensorer for å følge med egen sykdom (se kapittel 18). For personer med kroniske lidelser er det et større potensial for tettere oppfølging og større brukermedvirkning i oppfølging og behandling av sykdom ved hjelp av ny teknologi. Det vises i denne sammenheng til budsjettavtalen for 2015. Som det fremgår av Innst. 11 S (2014–2015) ble regjeringen, Kristelig Folkeparti og Venstre enige om å styrke kap. 701, post 21 med 30 mill. kroner til etablering av et nasjonalt prosjekt for behandling og pleie hvor kronisk syke blir fulgt opp av helsepersonell på avstand ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger. Helsedirektoratet er i tildelingsbrevet for 2015 bedt om å etablere et slikt nasjonalt prosjekt.

Boks 23.1 Regjeringen vil:

- At brukerne i større grad skal få ta del i beslutninger om egen behandling.
- Tilrettelegge for etablering av primærhelseteam for å styrke det forebyggende tilbudet, pasientopplæringen og sikre brukerne mer aktiv oppfølging i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.
- Tydeliggjøre kommunenes ansvar for pasient- og pårørendeopplæring i helse- og omsorgstjenesteloven.
- Legge til rette for at IKT og teknologiske hjelpemidler i større grad benyttes i kommunale helse- og omsorgstjenester, bl.a. gjennom etablering av et nasjonalt prosjekt for behandling og pleie hvor kronisk syke blir fulgt opp av helsepersonell på avstand ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger.

24 Tjenester til brukere med store og sammensatte behov

En liten andel av befolkningen har sammensatte og komplekse behov og er vesentlig hjelpetrenende. De har flere sykdommer samtidig, funksjonsnedsettelse og et stort tjenestebehov. Størstedelen av helse- og omsorgstjenestens ressurser brukes på disse gruppene. Over 100 mrd. kroner eller mer enn fire femdelar av de økonomiske og personellmessige ressursene i disse tjenestene benyttes til hjemmetjenester, dagtilbud og sykehjem for om lag 5 pst. av befolkningen.

Som følge av en rekke reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg kommer omstilling i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling, en omstilling som også gjennomføres innen psykisk helsevern. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov.

Brukere med sammensatte behov finnes i alle aldre og de har et bredt spekter av helseutfordringer. Det kan være personer med utviklings- og/eller funksjonshemming, personer med kognitiv svikt og demens, personer med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusproblemer, personer med nevrologiske sykdommer og skrøpelige eldre mennesker med flere samtidige sykdommer.

Personer under 67 år utgjør snart 40 pst. av de som mottar hjemmetjenester eller bor i sykehjem. De yngre brukerne mottar oftest tjenester i eget hjem eller omsorgsbolig, mens de med høy alder og store behov ofte bor i institusjon. Per 31. desember 2013 mottok 43 000 personer tjenester i form av korttids- eller langtidsopphold i sykehjem, og om lag 230 000 personer tjenester i form av hjemmesykepleie, praktisk bistand og andre tjenester i eget hjem eller i omsorgsbolig. I følge data fra Iplos har om lag 25 pst. av disse brukerne omfattende bistandsbehov. Om lag to tredeler bor enten i sykehjem eller omsorgsbolig med hel-døgns tjenestetilbud.

Å utvikle en helse- og omsorgstjeneste som er innrettet for å møte behovene til brukerne med de største og mest sammensatte og komplekse behovene, er ett av hovedmålene med denne meldin-

gen. Dette kapitlet, samt kapittel 26, handler om disse brukergruppene.

24.1 Status og utfordringer

Noen av hovedutfordringene i tjenestene til brukere med store og sammensatte behov er knyttet til kompetanse, organisering av og innhold i tjenestene samt ledelse. Disse utfordringene henger tett sammen.

Kompetanse

Brukerne med store og faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov, krever både annen kompetanse og høyere og mer flerfaglig kompetanse enn det som før var nødvendig i kommunene. Behovet for kompetanse må ses i sammenheng med målet om en mer aktiv oppfølging av brukerne med de mest sammensatte behovene, med mer vekt på forebygging, rehabilitering og sosial og fysisk aktivitet, men også bedre lindrende behandling og annen mer komplisert medisinsk oppfølging. Mangelen på kompetanse henger både sammen med at de som jobber i tjenesten har for lav/feil kompetanse, men også med at kompetanse som finnes i kommunen ikke benyttes inn i tjenestene til disse brukerne.

Kompetanse i hjemmetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet har bl.a. gjennom Kompetanseløftet 2015 ytt tilskudd for å øke andelen ansatte med helse- og sosialutdanning og redusere antallet uten relevant fagutdanning. Kompetansen er allikevel fortsatt for lav. Det er fortsatt mange uten helse- og sosialutdanning i hjemmetjenestene og i sykehjem. Sykepleier og forsker Pia C. Bing-Jonsson (2014) har utviklet et verktøy for å måle kompetansen til sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte som jobber med eldre pasienter på sykehjem og i hjemmetjenester. Hennes forskning viser at mange har svak kompetanse med tanke på de oppgavene de har.

Det er ikke bare tjenesteyterne som har behov for økt kompetanse, men også personellet ved bestillerkontorene. Bestillerkontorene mottar søknader om pleie- og omsorgstjenester, kartlegger behovene og skriver vedtak som bestemmer hvilke tjenester som gis, og hvor mye og hvor ofte søker kan forvente å motta tjenester. De har dermed en avgjørende betydning både for hvilke tjenester den enkelte mottar, og for kommunens samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Medisinsk oppfølging

Mange brukere med store og sammensatte behov får ikke dekket sine behov for legetjenester. Det er vist at hjemmeboende hjelpetrengende etter at de passerer 80–85 år gradvis sjeldnere møter til konsultasjon ansikt til ansikt hos sin fastlege. En forklaring på dette er at pasienter med sammensatte problemer i for liten grad evner å etterspørre tjenester og/eller har problemer med å oppsøke fastlegekontorer. De er avhengige av at personer i deres omgivelser, enten pårørende eller personell i hjemmetjenesten, etterspør tjenester på deres vegne. Ofte skjer det sent i forløpet. En årsak er manglende kompetanse blant personell i hjemmetjenestene til å fange opp endringer i pasientens helsetilstand. Å fange opp fall i funksjonsnivå tidlig, så tidlig at forverrelse kan forebygges og innleggelse kan unngås, kan være faglig krevende.

I noen grad er derfor den manglende medisinske oppfølgingen et resultat av den tradisjonelle måten å jobbe på, der fastlegene overlater til brukerne og deres pårørende/hjelpere å bestille time. Mange fastleger har ikke noe system for å registrere hvem som er mottakere av hjemmetjenester og ev. hvem som er primærkontakt i hjemmesykepleien. Fastleger har heller ikke noe system som varsler om at brukere slutter å bestille time til konsultasjon, eller alternativt en avtale med hjemmetjenesten om hvordan den enkelte bruker skal følges opp mht. kontakt med fastlegen. Alternativet til en slik passiv tilnærming er at fastlegene har oversikt over innbyggerne på egen liste og inntar en mer proaktiv tilnærming. Revidert fastlegeforskrift krever en slik arbeidsform, dvs. at fastlegene skal ha oversikt over behov og tilby oppfølging (se bl.a. §§ 17 og 18 i fastlegeforskriften).

Det er også vist at det kan være vanskelig å få fastlegene til å reise på sykebesøk, slik at sykebesøk må skje fra legevakten. Legevaktslegene kjenner pasientene dårligere og har mange steder ikke tilgang til pasientens journal, noe som øker

usikkerheten og bidrar til at pasientene blir innlagt i sykehus. Ofte kontakt med legevakt og ikke med fastlegen er en viktig årsak til at mange eldre med sammensatte lidelser står på for mange legemidler og får en uheldig sammensetting av legemiddellisten. I tillegg kommer at fastlegene fortsetter å skrive legemidler til tross for at brukerne sjeldnere har kontakt med fastlegen. De fleste innleggelse for utilsiktede hendelser med legemidler kommer fra denne gruppen.

Legetjenester i sykehjem

Legetjenester i sykehjem ytes av leger ansatt i kommunen, ikke av fastlegene. Da fastlegeordningen ble innført i 2001, ble det besluttet at sykehjem og andre kommunale institusjoner (inkl. fengsel) skulle holdes utenfor fastlegeordningen. Begrunnelsen var bl.a. at det ville være krevende for en institusjon å forholde seg til mange fastleger dersom hver beboer skulle velge/fortsette å ha sin egen fastlege.

Antall legeårsverk i sykehjem har lenge vært for lavt. Det er flere mulige forklaringer på det. Kommunene fullfinansierer denne legetjenesten, til forskjell fra fastlegetjenesten. Det kan ha bidratt til at kommunene ikke benytter fullt ut den muligheten de har til å pålegge fastleger inntil 7,5 timer med annet allmennlegearbeid, herunder legetjeneste i sykehjem. De senere årene har bare om lag halvparten av tiden blitt benyttet. I tillegg kommer at det er mindre økonomisk gunstig for fastlegene å jobbe som sykehjemslege, med fast lønn, enn som i egen private fastlegepraksis. For få år tilbake fikk eldre i sykehjem i gjennomsnitt bare 18 minutter legetid pr uke. I dag er dette økt til 28 minutter per uke. Økningen har skjedd etter at kommunene ble pålagt å etablere en lokal norm utfra lokale forhold og behov.

Ordningen med at fastleger er sykehjemsleger i bistilling gir også kompetanseutfordringer. Det å være lege i sykehjem er faglig krevende. Det ble i 2011 etablert et eget kompetanseområde for alders- og sykehjemsmedisin. Dersom kommuner, ev. gjennom interkommunalt samarbeid, ansatte sykehjemsleger i større stillingsbrøker eller i full tid, ville det legge til rette for at flere leger videreutdannet seg innen alders- og sykehjemsmedisin.

Fysioterapitjenester

Som for legetjenesten er det utfordringer for kommunene å sikre tilstrekkelig fysioterapiressurser til brukere med store og sammensatte behov.

Disse brukerne kan i liten grad nyttiggjøre seg avtalefysioterapeutenes tjenester som ytes i fysiske institutter. Ansatte fysioterapeuter utgjør om lag 40 pst. av kommunenes fysioterapitilbud. Kommunene prioriterer å bruke disse ressursene til forebyggende arbeid, behandling, habilitering og rehabilitering i brukernes hjem. Fysioterapitilbudet i sykehjem er betydelig redusert de senere årene og i mange sykehjem totalt fraværende. Det vises for øvrig til kapittel 21.

Organisering av tjenestene

Dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene er innrettet for brukere med avgrensede enkelttilstander og ikke for de multisyke med store og sammensatte behov. De multisyke har behov for flerfaglige koordinerte tjenester og helhetlige og planlagte forløp. I dag er det utfordringer i samhandlingen mellom sykehus, hjemmetjenester og fastleger. Dette skyldes både organisering, men også mangelen på samarbeidsrutiner, kunnskapsbaserte prosedyrer, informasjonsdeling og ledelse.

God oppfølging av brukere med de mest sammensatte behovene, særlig i den kritiske fasen etter en innleggelse i sykehus, krever god informasjonsflyt, slik at de som skal overta stafettpinnen for oppfølging vet hva som har skjedd og følger opp i tråd med avdekkede behov. Mye tyder på at informasjonsflyten ikke alltid er god nok og at oppfølgingen etter utskrivning, og mer generelt, ikke er systematisk nok. Pasienter med sammensatte behov skrives ut fra sykehus til hjemmesykepleien, ofte med avansert medisinsk behandling, uten at det blir etablert et samarbeid mellom fastlegen og hjemmetjenesten om den medisinske oppfølgingen. Sykehusene varsler kommunen om at pasienter som trenger kommunale tjenester er utskrivningsklare, men få sykehus eller andre institusjoner har rutiner for å varsle fastlegen om behov for medisinsk oppfølging. Det skal de ifølge fastlegeforskriften §14 gjøre før pasienten utskrives, når det er behov for at fastlegen følger opp.

Fordi flere pasienter skrives ut tidligere, får flere korttidsopphold i institusjon i kommunene før de kommer tilbake til eget hjem. Veksten i antallet mottakere av korttidsopphold i kommunale helse- og omsorgstjenester var i årene 2010–2012 på hele 28,3 pst. (Helsedirektoratet 2015). Flere kommuner har etablert egne bestillerkontor for å vurdere behovet for og fordele tjenester til dem som har behov for institusjonsopphold og tjenester i hjemmet. Dette fører til at den direkte dialogen som før ofte skjedde mellom hjemmesyke-

pleiere i kommunen og sykepleiere eller annet personell på sykehuset, i dag ikke lenger finner sted. Pleie- og omsorgsmeldingen går til institusjonen der korttidsoppholdet skal skje og til bestillerkontoret, men når ikke alltid frem til de som senere skal følge opp pasienten i eget hjem. Bare få steder er det vanlig å sende epikrise til hjemmesykepleien. Det betyr at hjemmesykepleien kan være dårlig informert om den medisinske behandlingen av noen av de mest kompliserte pasientene. Epikrise blir sendt til sykehjem.

God oppfølging av brukerne med sammensatte behov krever tett samhandling mellom hjemmetjenestene og brukernes fastleger. Mange steder fungerer ikke dette godt nok. En årsak til dette i de store byene, er at listene til fastlegene ikke sammenfaller med kommunegrensene eller med hjemmetjenestenes ansvarsområder. Hjemmesykepleierne må ofte samarbeide med mange fastleger og omvendt. Det blir få møter mellom hjemmetjenestene og fastlegene og få sykebesøk fra fastlegene til brukerne. Innføring av meldingsutveksling har bedret kommunikasjonen noe.

Stadig flere brukere med store og sammensatte behov mottar heldøgns hjemmetjenester i omsorgsbolig og samlokaliserte omsorgsboliger som på mange måter fungerer som et sykehjem. Et spørsmål som noen har stilt er om også disse brukerne, som beboere i sykehjem, bør løftes ut av fastlegeordningen. Det ville legge til rette for en mer samordnet legetjeneste og bedre samarbeid med hjemmetjenestene. Et viktig argument mot er at jo flere av brukerne med størst behov for legetjenester man tar ut av fastlegeordningen, jo mer uthuler man ordningen. Det er særlig brukere med store og sammensatte behov som har behov for og verdsetter en fast lege med et koordinerende medisinsk ansvar. Det er også lite bærekraftig å ha to parallelle allmennlegeordninger i kommunene, jf. kapittel 13.

Kunnskapsbasert praksis og faglige retningslinjer

En viktig utfordring er mangel på faglige retningslinjer for gruppene brukere med sammensatte medisinske og omsorgsmessige behov. Gruppene er blitt utelukket fra forskningen som ligger til grunn for faglige retningslinjer. Nær alle retningslinjene som er utarbeidet gjelder enkelttilstander. En gjennomgang av retningslinjene viser også at forhold som pasientens preferanser, behandlingsbyrde og påvirkning av livskvalitet sjelden blir omtalt. Det er ofte mangelfullt spesifisert hvor lenge behandlingen må vare for å gi effekt, om

studiene har inkludert eldre pasienter og da ev. ved hvilken alder behandlingen bør avsluttes.

En kunnskapsbasert praksis forutsetter at kunnskap finnes. I tillegg må det være personell med tilstrekkelig kompetanse, som vet hvordan ny kunnskap tas i bruk og driver systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.

Ledelse

Samhandling og koordinering mellom de ulike deltjenestene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er et kommunalt lederansvar. Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16. Det innebærer at det er et lederansvar å lage kompetanseplaner, etablere faglige prosedyrer og rutiner for samhandling, og inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Ledere må følge opp at avtaler og prosedyrer følges, og at kvalitet og pasientsikkerhet generelt blir ivaretatt. De må derfor også følge opp at brukerne får tilstrekkelig med legetjenester i tråd med behov og at fastlegene etterlever krav i avtaler og forskrift.

Mange av de utfordringene som er beskrevet i tjenestene til brukere med sammensatte behov viser at ledelsen av tjenesten er for svak. Tilsynsfunn dokumenterer dette problemet. Helsetilsynet gjennomførte både i 2010 og 2011 tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Funnene de to årene var i stor grad sammenfallende. Det ble funnet mye svikt, bl.a. knyttet til legemiddelbehandling og -behandling, ernæring og rehabilitering, men også at regelverk og anbefalinger ikke er godt nok kjent og etterlevd. En av Helsetilsynets konklusjoner er at tjenestene må styres og ledes bedre.

24.2 Utfordringer knyttet til særlige grupper med sammensatte behov

Demens

En av de største utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, er at tallet på personer med demens sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av 35 år. Den sterke veksten vil skje om 10–15 år. Dette gir tid til å forberede og planlegge, samtidig som det allerede nå er nødvendig å investere langsiktig i kompetanse, teknologi og bygningsmasse. Viktigste blir det å innrette lokalsamfunnet på denne situasjonen og legge forholdene bedre til rette for personer med demens og deres nærmeste, som ofte bærer de tyngste byrdene over mange år.

I de senere årene har kommunene i økende grad satt demens på dagsorden og iverksatt tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens ved oppfølging av Demensplan 2015. Gjennom planens tre hovedsaker; tilpasset dagtilbud, tilrettelagte boliger og økt kompetanse, har mange personer med demens og deres pårørende fått et bedre tilbud. Helsetilsynets rapporter og evalueringer fra Helsedirektoratet viser imidlertid at det fortsatt er store utfordringer og mangler i tjenestetilbudet til denne brukergruppen. Det er spesielt behov for økt oppmerksomhet om utredning og diagnostisering av demens, oppfølging etter diagnostisering, mer aktivitet i hverdagen og et bedre tjenestetilbud til hjemmeboende personer med demens. Videre er det behov for å tilpasse dagens og framtidens boligmasse for personer med demens og involvere brukere mer i avgjørelser som angår dem.

Palliasjon

God palliativ behandling er viktig for den enkelte det gjelder, de pårørende og et kjennetegn ved en helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet. Den som trenger lindrende behandling og omsorg skal ivaretas på en helhetlig måte, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Dette er et perspektiv som vi finner f.eks. i hospicefilosofien. De pårørende skal bli ivartatt på en faglig god og omsorgsfull måte. Det er i dag flere utfordringer knyttet til det palliative tilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er vist at det å integrere lindrende behandling tidlig i sykdomsforløpet gir gevinster både for symptomlindring, tilfredshet og livskvalitet for pasienter og pårørende. I dag får mange et palliativt tilbud først ved livets slutt. Det er også slik at et palliativt tilbud i hovedsak er utformet for kreftpasienter, ikke de mange som dør på sykehjem.

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial eller åndelig art (WHO a)). God palliativ behandling forbedrer livskvalitet, reduserer smerte og gir trygghet for pasient og pårørende. Et flertall av pasientene ønsker å være informert og delta i diskusjon om egen behandling og

omsorg i livets slutfase, og en god palliativ behandling tar hensyn til brukerens og pårørendes ønsker og behov gjennom en kontinuerlig dialog med pasienten under hele sykdomsforløpet. Å vurdere hvilken behandling som er til pasientens beste krever også etisk kunnskap og et bevisst forhold til pasientens, pårørendes og egne holdninger, verdier og livssyn. God palliativ behandling er ikke bare rettet mot livets slutfase, men integreres i behandling som går over tid. Palliative tjenester kan organiseres på en rekke måter, f.eks. i sykehjem, i sykehus, i eget hjem, eller på hospice. Det sentrale er at pasienten og pårørende får den hjelp de har behov for.

I Norge er de fleste lindrende enhetene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten lagt til sykehjem. I tillegg er det etablert lindrende senger på sykehjem.

Palliative team i spesialisthelsetjenesten er mange steder et sentralt bindeledd mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det er imidlertid stor variasjon blant teamene når det gjelder veiledning til kommunene og deltakelse i hjemmebesøk. Erfaring og studier viser at støtte fra et palliativt team til fastlegen og hjemmesykepleien skaper trygghet og ofte er avgjørende for å få til et godt palliativt tilbud i hjemmet.

Studier viser også at det er økt behov for palliative tjenester i sykehjem. Sykepleiere og annet fagpersonell i hjemmetjenestene og i sykehjemmene bør ha kunnskap om generell lindrende behandling og ha ansvar for kompetansedeling med annet helse- og sosialpersonell (Skår m.fl. 2014, Agenda Kaupang 2012).

For å gi et godt faglig palliativt tilbud er det behov for å styrke kompetansen om lindrende behandling og omsorg i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2014). Styrket kunnskap om fagfeltet, ansattes holdninger, flerfaglig samarbeid og etablering av gode styringsverktøy er grunnleggende for å gi et godt palliativt tilbud. Det er videre behov for å tydeliggjøre ansvarsforhold i tiltakskjeden og å etablere gode rutiner, bl.a. ved inn- og utskrivning til spesialisthelsetjenesten og for å involvere pasienter og pårørende.

Det er i dag mange tiltak som bidrar til styrket kompetanse om palliasjon. Kompetanseløftet 2015, som bl.a. skal heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene er styrket. Det er utviklet et nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. De generelle forholdene som er omtalt i handlingsprogrammet gjelder også for andre typer pasienter som er i livets slutfase. Det gis tilskuddsord-

ning til kommunene for kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet laget en rapport om palliasjon (Helsedirektoratet 2015). Denne rapporten vil følges opp på en helhetlig måte, gjennom de ordinære helse- og omsorgstjenestene og gjennom særskilte tiltak. I budsjettforliket/helhetlig avtale mellom H, Frp, V og Krf i 2015 er det bevilget 10 mill. kroner som skal bidra til å styrke kompetansen på palliasjon. Det skal bl.a. utarbeides en veileder, og tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling skal evalueres og det er bevilget midler til å styrke kompetansen om palliasjon til barn og unge.

Norge er et av de land i verden hvor færrest dør i eget hjem. I dag skjer nesten halvparten (48,5 pst.) av alle dødsfall i kommunale sykehjem og institusjoner, mens bare 14,5 pst. skjer hjemme. 32 pst. skjer i sykehus og i spesialisthelsetjenesten og 5 pst. skjer andre steder. Sykehjem er dermed blitt den mest sentrale arenaen for døende nordmenn. Samtidig er det mange som har tilbrakt lengre tid eget hjem før de dør i institusjon (Agenda Kaupang 2012).

Studier tyder på at flertallet av voksne pasienter ønsker å motta behandling og omsorg i livets slutfase hjemme. Det foreligger ikke entydig dokumentasjon om preferanser for dødssted hos barn og unge. Samtaler med pasient og pårørende om preferanser er derfor viktige for å kunne tilrettelegge et tilbud der pasienten ønsker det.

Tilbud om hjemmesykepleie, spesielt dersom den er knyttet til palliativ spesialisthelsetjeneste, ser ut til å øke andelen terminalt syke pasienter som dør hjemme. De kommunene som har en høy andel hjemmedød kjennetegnes ved å ha satset på generalistkompetanse og utvikling av hjemmetjenestetilbudene.

Palliasjon for barn og unge

Moderne medisinsk behandling gjør at mange barn med alvorlige eller uhelbredelige sykdommer kan leve i mange år med god livskvalitet. Dette er en av årsakene til at antall barn med behov for lindrende behandling og omsorg øker.

I Norge dør de fleste barna på sykehus. Det er likevel en økende trend at barneavdelingene forsøker å legge forholdene til rette for død i hjemmet der familien og barnet kjenner tilstrekkelig trygghet, men samtidig har direktelinje til spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt faglig retningslinje for lindrende behandling til barn ferdigstilles i løpet av 2015, vil

gi anbefalinger for den videre utviklingen av fagfeltet, bidra til økt kunnskap om fagområdet, samt å lette arbeidet med en mer strukturert tilpasning av helhetlig omsorg for barna og deres familier. Det er bevilget midler til videreutdanning innen barnepalliasjon.

Frivilliges rolle i palliasjon

Frivillige kan gjøre en stor innsats i palliativ omsorg. Å være frivillig for alvorlig syke og døende kan være både utfordrende og meningsfullt. Frivillige bør får tilpassede oppgaver og følges opp gjennom opplæring og veiledning. For å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge er det opprettet en egen tilskuddsordning.

24.3 Vurdering og veien videre

Det at mange brukerne med de største behovene ikke mottar tjenester med god kvalitet fører til menneskelig lidelse, overforbruk av sykehustjenester, større hjelpebehov og er derfor kostbart og feil prioritering av de samlede ressursene. Mange av de generelle tiltakene beskrevet tidligere i meldingen er viktig for å bedre situasjonen. Det er særlig overfor denne brukergruppen at tiltak knyttet til kompetanse, ledelse og nye arbeidsformer er viktig. Denne brukergruppen har et særlig behov for at det etableres rutiner for strukturerte og helhetlige pasientforløp, etablering av team, og for styrket faglig veiledning om hvordan kommunene kan utforme og tilrettelegge for dette.

For å møte disse brukernes behov, må fremtidens helse- og omsorgstjeneste gå fra å være problemorientert til å bli målorientert: Tjenestene må spørre: Hva er viktigst for deg? For de fleste er det å fungere i dagliglivet. Da må tjenestene, i stedet for å fokusere på diagnoser, vektlegge funksjonsevne og pasientens mål og etablere og systematisk følge opp behandlingsplaner for å bedre og bevare funksjon. Den må vurdere gjennomførbare av behandlingen og samlet behandlingsbyrde. Ofte vil det innebære å slutte med legemidler og redusere behandlingskompleksiteten. Mer vekt må legges på rehabilitering med vante oppgaver i vante omgivelser.

For å møte fremtidens brukere med sammensatte behov, bør kommunene utnytte de samlede ressurser bedre enn i dag. Det er i det flerfaglige samarbeidet mellom ulike deltjenester, i samhandlingen med de øvrige kommunale tjenestene og

med spesialisthelsetjenesten og i samspeilet med pårørende, frivillige, ideelle organisasjoner, næringsliv og lokalsamfunn, morgendagens løsninger ligger.

Regjeringen vil bidra til denne utviklingen gjennom en rekke tiltak:

Kompetanse

Som det fremgår av kapittelet om kompetanse (kapittel 15) vil regjeringen etablere et kompetanseløft for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En rekke tiltak vil inngå. Noe av det viktigste for brukere av hjemmetjenester og sykehjemsbeboere er å heve basiskompetansen til å observere og vurdere, iverksette tiltak og evaluere/følge opp. Dette kommer alle brukerne til gode. Videre er det viktig å etablere utdanninger med et innhold tilpasset behovet i tjenestene. I forbindelse med samhandlingsreformen har kommuner opplevd press om å ha helsepersonell med smal spesialisert kompetanse for å kunne forlenge de diagnosebaserte forløpene som er etablert i sykehus. Undersøkelser viser at dette for mange kommuner ikke vil være bærekraftig. Det blir for få pasienter og for lite øvelse. Selv i større byer er ikke spesialisering i forhold til utvalgte diagnoser funksjonelt fordi pasientene har mange kroniske sykdommer. Fokus på enkeltdiagnoser medfører mindre oppmerksomhet på brukernes andre helsetilstander. Det er viktig å ivareta helheten når ett av hovedmålene er at pasienten skal greie seg best mulig hjemme. Ved gjennomgangen av forskningslitteratur knyttet til vellykket utskrivning og oppfølging av pasienter for forskjellige diagnoser, ser man at pasienter med sammensatte lidelser har mer til felles enn det som skiller dem eller er spesielle behov. Derfor vil regjeringen utrede bredere kliniske videreutdanninger for flere grupper personell i tjenestene (se kapittel 15.3). Personell med slik høyere og bredere klinisk utdanning vil bli viktige for å skape en mer kunnskapsbasert praksis, fylle nye roller og bidra til opplæring og kompetanseheving hos det øvrige personellet.

Det er også et behov for økt kompetanse blant fastlegene, bl.a. om behandling av multisykke, om demens og andre aldersrelaterede sykdommer og om lindrende behandling. Økt kompetanse hos fastlegene vil være viktig for å endre deres arbeidsformer. Regjeringen vil bidra til dette gjennom kompetansetiltak rettet mot fastleger i samarbeid med Senter for kvalitet i legepraksis (Skil).

Leggårsværkene i sykehjem bør fortsatt økes og legene bør ha tilleggskompetanse innen alders-

og sykehjemsmedisin. Kommuner kan tilrettelegge for dette ved større stillingsbrøker og flere hele stillinger for sykehjemsleger.

For å sikre god kompetanse i tjenestene til de med store og sammensatte behov er det også viktig med godt samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Strukturert oppfølging

Det er vist at mange reinnleggelser kunne vært unngått dersom det ble etablert et strukturert opplegg for mottak og oppfølging av brukerne etter utskrivelsen, enten i hjemmet eller via et korttidsopphold i institusjon i kommunen. Opplegget er mest effektivt og funksjonelt når det er lagt opp felles for alle pasienter uavhengig av diagnose. Det er flere viktige elementer i et strukturert opplegg ved utskrivning til hjemmet. Det første er en detaljert avtale med sykehuset om samarbeidet i utskrivningsprosessen og om informasjonen kommunen trenger, bl.a. en god funksjonsbeskrivelse av pasienten. Det hele bør være nedfelt i en sjekklister for begge parter. Dernest er det viktig at brukeren får oppnevnt en primærlegepleier som raskest mulig, og innen tre dager, gjør en bred kartlegging av pasientens behov både for praktisk bistand, egenmestring og forebyggende tiltak basert på en risikovurdering, samt behovet for rehabilitering. Det siste bør starte så tidlig som mulig og gjerne med en sjekklister for å huske det som skal kartlegges.

For alle som skal ha hjemmetjenester skal det gjøres avtale om besøk til eller av fastlegen innen 14 dager etter utskrivningen. Den viktigste oppgaven for fastlegen er en legemiddelgjennomgang med mål om å redusere kompleksiteten og behandlingsbyrden og tilpasse behandlingen til hva som er viktigst for pasienten for å kunne greie seg selv best mulig hjemme. Dette inkluderer også en plan for faste kontakter med pasienten og for hvilken behandling hjemmesykepleieren kan iverksette tidlig ved en eventuell forverring, før de kontakter fastlegen neste dag. Slik unngår man at hjemmetjenestene må kontakte legevakt og ev. at det blir en innleggelse.

For pasienter der det i samband med en innleggelse har inntruffet vesentlige endringer i pasientens funksjonsevne eller livssituasjon på andre måter, krever det en mer omfattende planlegging og rehabilitering, og det vil være behov for et sammenhengende korttidsopphold i et lokalt sykehjem. Det er en erfaring at et tett samarbeid med

pårørende og hjemmetjenesten da er viktig for en vellykket videreføring hjemme.

Et strukturert opplegg som beskrevet over har fungert best i kommuner som har valgt å bruke opplegget på alle sine pasienter med rett til hjemmetjenester, både i samband med faste årlige gjennomganger og for nye pasienter, ikke bare for pasienter utskrevet fra sykehus.

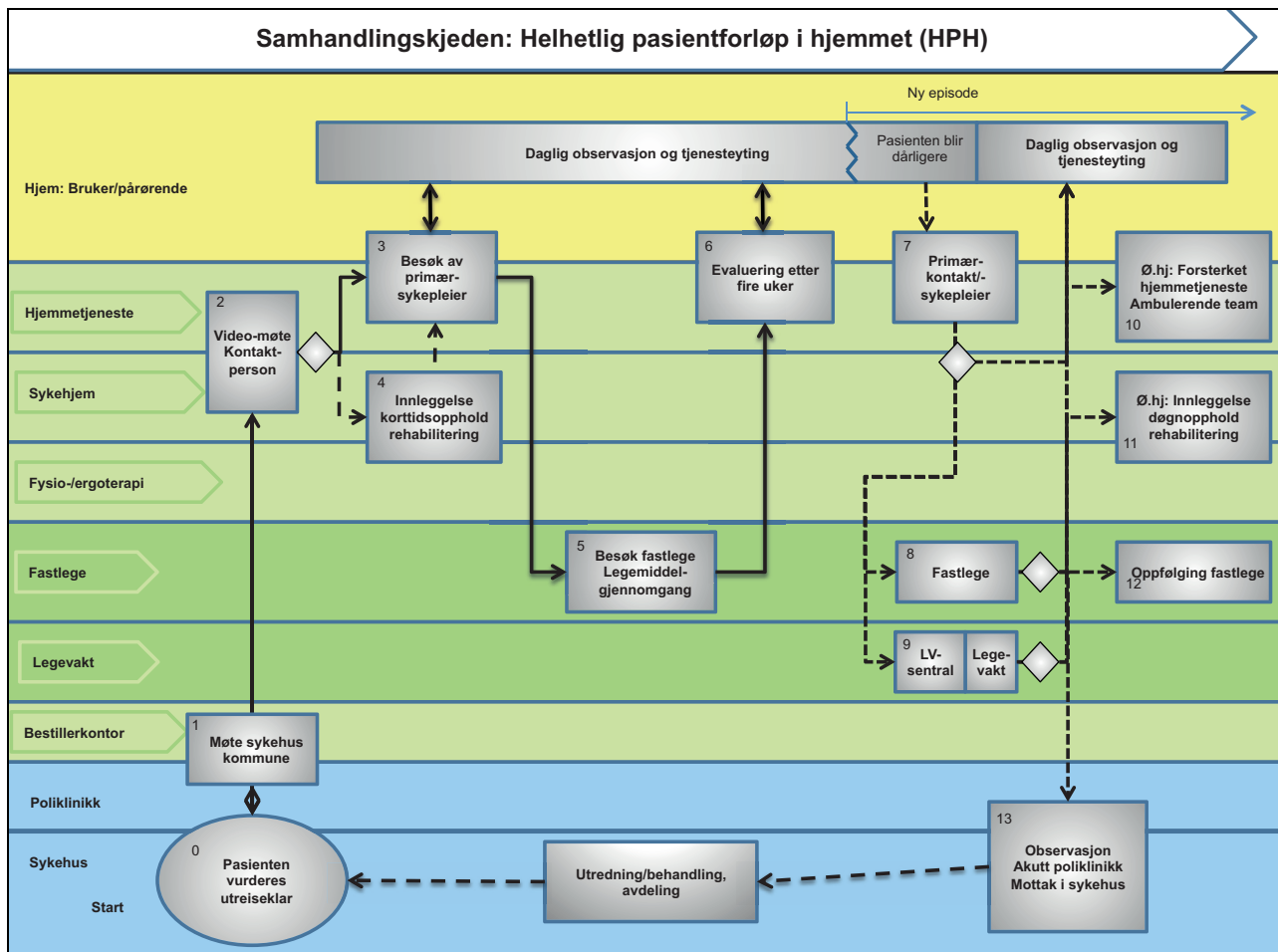
I internasjonale studier er det vist at noe av det viktigste sykehus kan bidra med, er å besøke pasienten sammen med primærlegepleier i løpet av 48 timer etter utskrivning. Det samme kan man få til ved å arrangere en videokonferanse etter utskrivningen. Hovedsaken er å sikre kontinuitet i behandlingen og kompetanseoverføring. Det er ikke vist tilsvarende effekt av spesialisering av sykepleier mht. bestemte diagnoser (se kapittel om kompetanse). Det er også viktig at hjemmetjenesten etter utskrivningen ved behov kan ta kontakt direkte med avdelingen der pasienten har vært innlagt (jf. veiledningsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3).

Forskning har vist at et annet viktig bidrag fra sykehusene vil være en time med veiledning og opplæring av alle pasienter og ev. pårørende den dagen de skal hjem. Motivasjonen for læring er da på topp og det skaper i tillegg trygghet. For skrøpelige eldre med sammensatte lidelser er det dokumentert at en bred geriatrisk gjennomgang før utskrivning kan bidra til at langt flere kan skrives ut direkte hjem, og at de senere har mindre behov for institusjonsplass, bedre funksjonsevne og redusert omfang av hjemmetjenester.

En strukturert oppfølging av pasienter med sammensatte behov etter utskrivning fra sykehus, for å redusere reinnleggelser, er målsettingen for ett av de to læringsnettverkene som er etablert, Nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med kroniske lidelser/eldre (se kapittel 17.2). Regjeringen vil videreføre arbeidet i de nasjonale nettverkene. Arbeidet i nettverkene vil utvides til å gjelde flere brukere enn de som utskrives fra sykehus.

Oppfølgingsteam

For noen av brukerne av hjemmetjenester vil et strukturert opplegg for oppfølging være tilstrekkelig for å sikre kvalitet. For andre kan det være faglig riktig i tillegg å etablere et formelt team med ansvar for oppfølgingen. Som beskrevet i kapittel 13.3 består slike team oftest av sykepleier (som er koordineringsansvarlig), fysio-/ergoterapeut og ev. sosialfaglig personell. Teamet samar-



Figur 24.1 Helhetlig pasientforløp i hjemmet

Figur 24.1 viser hovedelementene i en strukturert utskrivningsprosess som ligger fast for alle diagnoser og er lik i alle kommuner. For hver boks er det utarbeidet prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold.

Utskrivning av pasient:

Pasientens meldes utskrivningsklar (0) og informasjon utveksles, enten i et fysisk møte (1) eller elektronisk per video (2). Hjemmetjenester etableres, primærsykepleier blir oppnevnt og behov kartlagt innen tre dager (3), ev. først etter et intermedier-/korttidsopphold (4). Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøke eller få besøk av fastlegen (5). Det hele blir evaluert av primær-sykepleier ev. justert etter 4 uker (6). Det samme opplegget kan benyttes ved nye pasienter og årlige gjennomganger.

Pasienten blir dårligere:

Tidligintervensjon avtalt med fastlegen blir vurdert (7). Tettere oppfølging hjemme eller at fastlege (8) eller legevakt (9) kontaktes. Disse har flere opsjoner: Øyeblikkelig hjelp hjemme/ambulerende team (10), kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (11), ev. senere bare tett oppfølging av fastlegen (12). Ved behov for henvisning til akutt poliklinikk eller innleggelse i sykehus (13). Fastlege og legevakt kan benytte de samme alternativene for pasienter som tidligere ikke har mottatt kommunale tjenester.

Kilde: Anders Grimsmo

beider på en systematisk måte med pasientenes fastlege/ primærhelseteam og andre. For mange brukere vil også personell fra spesialisthelsetjenesten være viktige støttespillere. Det gjelder f.eks. brukere med behov for palliasjon.

Team for brukere med sammensatte behov i kommunene bør baseres på funksjon og behov, ikke diagnose. Etablering av oppfølgingsteam vil bidra til å sikre koordinering og systematisk vurdering av brukernes behov. På grunnlag av vurderingene etableres nødvendig strukturert oppfølging.

Veiledere, beslutningsstøtte, kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer

På tross av problemet med manglende forskning på og få faglige retningslinjer utviklet for brukere med flere samtidige sykdommer, står man ikke uten kunnskap. Det finnes kunnskap som kan brukes til å utvikle faglige veiledere/retningslinjer og prosedyrer som kan bidra til kompetanseheving, samarbeid og utvikling av gode pasientforløp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for brukere med sammensatte behov. Fag-

Boks 24.1 En virtuell avdeling for pasienter som skrives ut fra sykehus

I Eidsberg kommune har man prøvd ut en virtuell avdeling for pasienter som skrives ut fra sykehus. Dette innebærer at alle som skrives ut fra sykehus, som skal hjem i egen bolig, innskriveres i den virtuelle avdelingen. For disse pasientene følger en strukturert oppfølging av avdelingens eget team, i samarbeid med kommunens øvrige tjenester. Teamet består av en sykepleier med tilleggsutdanning innen avansert geriatrisk sykepleie og en fysioterapeut. Pasienten skal bl.a., så raskt som mulig, få en klinisk undersø-

kelse av sykepleieren. I denne undersøkelsen inngår en legemiddelsamstemming, samt vurdering av ernæringsstatus. Sykepleieren skriver et inntakstnotat som sendes fastlegen og hjemmesykepleien og sykepleieren bestiller time hos fastlege i løpet av 14 dager, der sykepleieren selv deltar. Fysioterapeuten i teamet vurderer rehabiliteringsbehovet og lager en tiltaksplan. Piloten følgeforskes og kommunen planlegger nå et hovedprosjekt.

lige retningslinjer er også første skritt på veien til å utvikle beslutningsstøtte og indikatorer for styring og planlegging av den medisinske oppfølgingen av disse pasientene. Indikatorer bør ikke være diagnosebasert, men måle at helheten og hva som er viktigst for pasientene blir ivaretatt.

Regjeringen vil ta initiativ til at det utvikles en veileder for kommunene for oppfølging av de multisyke og mest skrøpelige brukerne. Som del av dette vil regjeringen ta initiativ til en kunnskapsoppsummering om hvilke brukergrupper som har behov for, og størst nytte av strukturert oppfølging og ev. at det etableres team for oppfølging. I dag skjer dette delvis for pasienter som utskrives fra sykehus, delvis for nye brukere i hjemmetjenestene og delvis for alle hjemmetjenestens brukere. Internasjonal forskning kan tilsi at noen av de som ennå ikke er blant de mest skrøpelige vil kunne nyttiggjøre seg mer systematisk oppfølging, for å forebygge videre funksjonstap. Kunnskap om dette vil være viktig for å utvikle riktig faglig veiledning for kommunene.

Når det gjelder utvikling av kvalitetsindikatorer og annen kvalitetsutvikling vises til kapittel 26.5.

Ledelse

God ledelse er avgjørende for å sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene til brukere som har behov for tjenester fra flere tjenesteytere, og som har stor sårbarhet som følge av funksjonsnedsettelse. Regjeringen vil iverksette flere tiltak for å styrke kompetansen hos ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se kapittel 16). Et annet viktig tiltak er at regjeringen vil utvikle et kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister. Med bedre data fra tjenestene kan ledere i kom-

munene lettere følge opp om deltjenester leverer forsvarlige tjenester i tråd med brukernes behov og gjeldende regelverk og inngåtte avtaler. Regjeringen vil også utarbeide veileder for kommunens styring av private aktører med driftsavtalestyrke og etablering en forskrift for den avtalebaserte fysioterapitjenesten. Det siste tiltaket vil bedre kommunenes styringsmulighet og legge til rette for at disse tjenestene rettes mer mot brukere med størst behov.

Demensplan 2020

For å bedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende vil regjeringen utforme en ny plan, Demensplan 2020. I arbeidet med Demensplan 2020 har regjeringen fra starten involvert personer som selv har demens og deres pårørende i utformingen av tiltak for å skape et mer demensvennlig samfunn. Høsten 2014 ble det gjennomført 7 regionale dialogmøter der personer med demens, pårørende, ansatte og frivillige organisasjoner ble invitert til å si hva som er viktig for dem og hva som er de største utfordringene i dagens demensomsorg. De rettet oppmerksomheten mot 5 hovedtemaer:

- diagnostisering i rett tid og oppfølging etter at man har fått en demensdiagnose
- behovet for økt kunnskap og kompetanse
- behov for mer fleksibel og differensiert aktivitet og avlastning
- rett til å delta i avgjørelser som gjelder dem selv både på individ og systemnivå
- bedre tilrettelagt bolig- og omsorgstilbud

Målet med planen er å skape et demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Et viktig prinsipp er

åpenhet og inkludering. Regjeringen vil motvirke diskriminering og stigmatisering av personer med demens og deres pårørende, og sikre økt kunnskap og kompetanse blant pårørende, personell i tjenestene og i allmennheten. Regjeringen vil videre-

utvikle en helse- og omsorgstjeneste preget av samarbeid mellom personer med demens, pårørende, frivillige organisasjoner, det offentlige, fagmiljøer og lokalsamfunn. Planen vil bli lagt frem høsten 2015.

Boks 24.2 Regjeringen vil:

- Videreføre arbeidet i de nasjonale læringsnettverkene.
- Ta initiativ til at det utvikles en veileder for kommunene for oppfølging av de multisyke og mest skrøpelige brukerne.
- Legge til rette for etablering av oppfølgingsteam.
- Vurdere en ny og varig finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam.
- Følge opp Omsorg 2020 og Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2013) i arbeidet med fornyelse og innovasjon med sikte på nye bærekraftige løsninger for framtidens samlede kommunale helse- og omsorgstjeneste.
- Videreføre arbeidet med å unngå feilmedisinering og kvalitetssikre legemiddelhåndteringen i sykehjem og hjemmetjenester.
- Utforme en ny plan, Demensplan 2020, for å bedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende.
- Legge til rette for at pasienten skal kunne tilbringe den siste tiden av livet der han eller hun føler seg trygg.
- Følge opp de aktuelle tiltakene som foreslås i den nylig fremlagte fagrappporten om Lindrende behandling og omsorg mot livets slutt (Helsedirektoratet 2014).
- Sikre økt kompetanse om lindrende behandling og pleie ved livets slutt.

25 Tjenestenes arbeid for å bekjempe vold og seksuelle overgrep

Vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. For mange starter volden tidlig i barneårene. Dette kapitlet har særlig fokus på vold i nære relasjoner og vold og seksuelle overgrep mot barn.

Bruk av vold er i strid med norsk lov og et angrep på grunnleggende menneskerettigheter. Dette gjelder også vold i nære relasjoner og vold som anvendes med den hensikt å oppdra barn. Norge er i følge Barnekonvensjonen forpliktet til å beskytte barn mot alle former for fysisk og psykisk vold, skader og overgrep. Barneombudet forklarer barna hva dette betyr på sitt nettsted slik: I Norge er det forbudt å slå barn. Ingen har lov til å misbruke deg, eller gjøre deg vondt på noen måte, enten med kroppen din eller følelsene dine. Det gjelder både foreldre og andre voksne, og andre barn og unge. Det fremgår klart av barneloven at barnet ikke skal utsettes for vold, og det er presisert at: Dette gjeld og når valden brukast som ledd i oppsedinga av barnet. Bruk av vald og skremmande eller plagsam framferd eller annan omsynslaus åtfærd overfor barnet er forbode (barneloven § 30). Det er likevel et faktum at mange barn og unge lever med daglige fysiske, psykiske og seksuelle overgrep. Redd Barna mener at vold og overgrep er et av Norges mest underkommuniserte samfunnsproblemer.

En mye brukt definisjon av vold både i Norge og internasjonalt er at vold er enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil (Isdal 2000). Volden har mange uttrykk: fysisk vold, seksuell vold, materiell vold, psykisk vold og latent vold.

Vold og seksuelle overgrep påfører betydelig lidelse, og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. Eksposering for vold og overgrep øker risikoen for posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjon, rusproblemer, personlighetsforstyrrelser, andre psykiske og somatiske helseproblemer og sosiale problemer. Å bli utsatt for vold i oppveksten fører

dessuten til økt risiko for å bli utsatt for vold senere i livet (Thoresen og Hjemdal 2014). Forskning viser at for barn kan det å være vitne til vold være like skadelig som å være direkte utsatt.

I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesentertilbud, sosialhjelp og økte behov for politiressurser. En samfunnsøkonomisk analyse fra 2012 (Rasmussen m.fl.) anslår at vold i nære relasjoner koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 mrd. kroner årlig (2010-kroner). God forebygging sparer samfunnet for store menneskelige og økonomiske kostnader, og er slik en investering i fremtiden.

Vi har alle et ansvar for å gjøre noe når vi mistenker at noen blir utsatt for vold og seksuelle overgrep, men personell som yter helse- og omsorgstjenester har et særskilt ansvar. I tillegg til at personellet har en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, har de en lovpålagt plikt til å varsle politi dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på en person. Personell som yter helse- og omsorgstjenester skal videre uten hinder av taushetsplikt av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker. Det kan være straffbart ikke å handle for å avverge vold og overgrep. Straffeloven § 139 første punktum lyder: Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes den som unnlater å anmelde til politiet eller på annen måte å søke å avverge en straffbar handling eller følgene av den, på et tidspunkt da dette fortsatt er mulig og det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig at handlingen vil bli eller er begått.

Kommunenes helse- og omsorgstjeneste har kontakt med de aller fleste i befolkningen, mennesker i alle aldre og i alle typer livssituasjoner

gjennom fastlegeordningen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, legevaktordningen, tjenester i hjemmet og i institusjon, psykisk helse- og rus-tjeneste m.fl., og møter mange som er utsatt for vold og med følgetilstander etter vold. Tjenesten har en unik og viktig rolle innen voldsproblematikk ved å forebygge, avdekke, avverge, intervensjoner tidlig i problemforløp og sørge for iverksettning av tiltak eller henvise til andre instanser. Voldsutsatte som oppsøker hjelp er avhengig av en helse- og omsorgstjeneste som er lydhør og ivaretagende, kompetent og handlingsdyktig. Det har vist seg gang på gang at det offentlige og personer i barnets nære omgivelser har sviktet, med alvorlige og noen ganger fatale følger. Det stilles krav til god ledelse for å utvikle en kultur hvor dette temaet er forsvarlig ivare tatt. Det vises til kapittel 16 om ledelse. Kommunen har ansvar for å ha et system som gjør det mulig for personer som yter helse- og omsorgstjenester å oppfylle sine lovpålagte oppgaver. Etter folkehelse-loven skal kommunene ha oversikt over sine folkehelseutfordringer, og på bakgrunn av dette utforme mål og tiltak for å møte kommunenes utfordringer. I kommunenes ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorer som virker inn, inngår også vold i vurderingene.

25.1 Status og utfordringer

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) la våren 2014 frem resultatet av en landsomfattende intervjuundersøkelse av norske menn og kvinners opplevelse av trygghet, vold, trakassering, trusler, tap og andre alvorlige hendelser (Thoresen og Hjemdal 2014). Resultatene viser at de voldsutsatte ofte var utsatt for flere ulike typer vold og overgrep, og det var en sterk sammenheng mellom å ha vært utsatt i barndommen og å oppleve nye overgrep i voksen alder. Kvinner rapporterte i alt flere volds- og overgrepshendelser enn menn. I følge undersøkelsen hadde nesten 10 pst. kvinner og 1 pst. menn opplevd voldtekt minst en gang i livet. Omlag halvparten av kvinnene som rapporterte voldtekt, hadde opplevd dette før fylte 18 år. Det var ingen indikasjoner på at forekomsten av voldtekt mot unge kvinner har gått ned over tid. Mange hadde vært redde for å bli alvorlig skadet eller drept i forbindelse med voldtekten, og mange fikk fysiske skader. Få kvinner utsatt for voldtekt var til medisinsk undersøkelse eller behandling den første tiden etterpå (11 pst.). Nesten en tredjedel (29 pst.) hadde aldri fortalt om voldtekten til noen. Totalt

hadde 4 pst. kvinner og 1,5 pst. menn opplevd seksuell omgang før fylte 13 år. En av fire hadde aldri fortalt det til noen. Til sammen rapporterte en tredjedel av kvinnene og om lag en tidel av mennene at de hadde opplevd en eller flere former for seksuelt overgrep i løpet av livet. Seksuelle overgrep mot kvinner ble utført nesten utelukkende av menn. Også overgrep mot menn ble stort sett utført av menn.

Videre viste undersøkelsen at nær en tredjedel hadde opplevd mindre alvorlig fysisk vold fra foresatte i barndommen, rundt 5 pst. alvorlig. Flere jenter (15 pst.) enn gutter (11 pst.) hadde opplevd psykologisk vold fra foresatte i barndommen. 45 pst. menn og 23 pst. kvinner hadde opplevd alvorlig vold minst en gang etter fylte 18 år. Om lag 10 pst. hadde opplevd fysisk vold mellom foreldrene i barndommen.

Alvorlig vold forekommer i mange forskjellige relasjoner. Flere kvinner enn menn oppga å ha opplevd alvorlig vold fra partner/tidligere partner, men mange kvinner hadde også opplevd alvorlig vold fra kunder/pasienter/klienter. Menn var mest utsatt for alvorlig vold fra ukjente og fra venner, bekjente, naboer og kollegaer.

For mennesker med fysiske funksjonsnedsettelser og psykiske utviklingshemninger er det et mer begrenset kunnskapsgrunnlag, men studier tyder på at de utsettes for minst like mye vold som den øvrige befolkningen. I tillegg er de mer utsatt for institusjonelle overgrep, som f.eks. overgrep fra ansatte i helse- og omsorgssektoren. En rekke forhold som bl.a. isolert livsstil og avhengighet av hjelp og støtte fra andre personer, øker risikoen for å bli utsatt for fysisk og psykisk vold (Olsvik 2010, Grøvdal 2013). Tilsvarende er forekomsttallene for overgrep mot eldre begrenset. De generelle fysiske aldersforandringene gjør at eldre skades lettere når de utsettes for overgrep, og de har høyere dødelighet sammenlignet med andre eldre (Jonassen og Sandmoe 2012). Barn med kroniske sykdommer eller andre funksjonshindringer ser ut til å ha økt risiko for å bli utsatt for vold fra foreldrene (Kruse og Bergman 2013).

Gjennom rapporten Helse på barns premisser fra Barneombudet, har barn og unge formidlet hva de tenker om tjenestene de får ved poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) når de har vært utsatt for vold og overgrep. Mange opplevde at de ikke passet inn i tjenestetilbudet, hvor det gjerne er fokus på diagnostisering og sykdom. De gir bl.a. følgende råd: Bruk tid til å bli kjent og skape tillit og trygghet. For å få til dette må du være engasjert, lyttende og gi av deg selv. Ikke tro du kjenner meg og historien min selv om

du har lest henvisningspapirene. Ikke fokuser så mye på hva som er problemer – se framover.

Dette samsvarer med erfaringene som representanter fra Forandringsfabrikken redegjorde for på konferansen i forbindelse med Barnekonvensjonens 25 års jubileum 2014. De beskrev et hjelpeapparat som var mest opptatt av å redusere symptomer, f.eks. uønsket atferd, vondt i magen, angst, og ikke i tilstrekkelig grad opptatt av å se bak symptomene – på årsakene til symptomene. Der skjulte det seg i deres tilfelle omsorgssvikt, vold og mange års overgrep. De oppfordret helsepersonell og andre til å bruke tid på å se og snakke mer med barna. Videre understreket de at helsepersonell må våge å stille de vanskelige spørsmålene og ikke være redde for reaksjoner verken fra barna, familien eller hos seg selv. De fremhevet at barna ønsket oppmerksomhet og hjelp til å komme ut av de uutholdelige forholdene de lever under.

Undersøkelser innen BUP tyder på at det ofte kan mangle opplysninger om traumer eller posttraumatiske stressreaksjoner i henvisninger (Ormhaug m.fl. 2012). At noen utsattes for vold og seksuelle overgrep er ofte ikke umiddelbart synlig for andre. Temaet er svært tabubelagt, og forbundet med fortielse, skyld og skam. I tillegg kan symptomene på volds- og traumerfaringer ha likheter med andre erfaringer eller lidelser. Det er derfor utfordrende å skulle avdekke situasjonen, og det kan kreve særskilt kompetanse.

Ofte er det vilje og mot til å se og handle som kreves. Erfaring viser at til tross for synlige skader på barnet eller atferd som gir grunn til mistanke om vold, handler ikke helsepersonellet alltid slik de burde gjøre. Dette kan skyldes at helsepersonellet finner det så ubehagelig å stille de vanskelige spørsmålene til barnet og foresatte, at de unnlater å handle og derved ikke oppfyller den lovpålagte melde- og opplysningsplikten.

I Statens helsetilsyns rapport 2/2014 Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet påpeker Helsetilsynet bl.a. at et komplisert regelverk kan føre til manglende etterlevelse av opplysningsplikten. Deres gjennomgang av ulike kunnskapskilder tyder på at regelverket for helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet kan være vanskelig å forstå.

25.2 Vurdering og veien videre

Omfanget av vold og seksuelle overgrep er så stort og konsekvensene så omfattende at det er nødvendig å løfte problemet høyere på agendaen

enn det som har vært tilfelle til nå og få til et arbeid som bidrar til forandring. Regjeringen ser det som særlig graverende når vold rammer barn og andre sårbare grupper, og vil sørge for en forsterket innsats i arbeidet med å bekjempe vold og undertrykking. Dette inkluderer arbeidet mot vold og seksuelle overgrep i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Vold kan ramme den utsatte på mange livsområder, og utsatte for vold har ofte behov for bistand fra flere tjenester over tid. Utsatte for vold skal oppleve at hjelpen de får er helhetlig, samordnet og likeverdig, og at den inkluderer både den voldsutsatte og voldsutsattes barn. Godt samarbeid og samvirke på tvers av sektorer og mellom ulike tjenesteytere er nødvendig for å lykkes i det forebyggende arbeidet. Gjennom krisesenterloven er kommunen forpliktet til å sørge for at kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, får en helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbud og andre deler av tjenesteapparatet. I denne samordningen er helse- og omsorgstjenesten en sentral aktør.

For å forebygge vold og overgrep og bedre tilbudet til voldsutsatte, pågår det et omfattende tverrdepartementalt arbeid som koordineres av Justis- og beredskapsdepartementet. Det blir også vurdert hvordan tilbudet til voldsutøvere kan forbedres. I 2013 ble den første stortingsmeldingen om vold i nære relasjoner lagt frem, Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det er også utarbeidet flere handlings- og tiltaksplaner på området. Helse- og omsorgsdepartementet deltar aktivt i arbeidet og har ansvar for en rekke tiltak knyttet til utvikling av tjenestene, økt kompetanse og å tydeliggjøre ansvar i lov.

Undersøkelser viser at mange voldsutsatte ikke søker hjelp hos helse- og omsorgstjenesten. Det kan være flere grunner til dette. Det er nødvendig at befolkningen har god tilgang til informasjon om aktuelle tjenester, og at tjenestene er utformet slik at terskelen for å søke hjelp for de som trenger det er lav. Dette gjelder også foreldre og andre som trenger hjelp eller behandling for voldsutøvelse. Også på dette området skal pasienter og brukeres behov settes i sentrum for utvikling av tjenestene.

Helse- og omsorgstjenesten må arbeide systematisk for å forebygge, avdekke og avverge omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep, og på den måten bidra til å redusere lidelse og helseskader og risiko for igjen å bli utsatt for vold og overgrep. Det er et lederansvar på alle nivå å sørge for

at dette skjer. Det er videre et lederansvar at tjenestene er tilrettelagt slik at helsepersonellet blir i stand til å utføre sine lovpålagte oppgaver og at personellet har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonell må vite hva de skal gjøre for å bidra til å forebygge og avdekke og avverge overgrep, herunder melde til politi, barnevernet og eventuelt hjelpe med å knytte kontakt med kriesesenter. I følge Oslo Kriesesenter og andre, er helsepersonell den gruppen som i minst grad henviser voldsutsette til kriesesenter. Dette til tross for at sentrene er et relevant tilbud for mange.

Kompetansetiltak må tematisere at helse- og omsorgspersonell kan bli utsatt for trusler og voldshandlinger fra pasienter og brukere, og at personell i hjelpesituasjoner selv kan begå overgrep. God opplæring, trening på håndtering av konfliktsituasjoner, rutiner og sikkerhetstiltak kan bidra til redusert voldsbruk. Ledelsen i tjenesten har et særlig ansvar for å gjøre risikovurderinger, legge relevante planer og gjennomføre øvelser for å redusere den risiko mange i tjenestene utsettes for.

Tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar i helselovgivningen

Det at helse- og omsorgspersonell ikke alltid oppfyller sin meldeplikt kan skyldes manglende kompetanse både om hva meldeplikten betyr og manglende forståelse av når meldeplikten inntreffer. Den individuelle meldeplikten, som er pålagt det enkelte helsepersonell, kan videre oppleves som en stor byrde der de i en konkret situasjon føler seg alene om ansvaret, med redsel for å gjøre feil og redsel for represalier. Det er viktig at også kommunen ved øverste ledelse har tilstrekkelig oppmerksomhet på voldsproblematikken slik at den enkelte skal føle trygghet for å få hjelp og omsorg når det trengs.

Det vil i løpet av 2015 bli igangsatt et arbeid med å vurdere om helselovgivningen bør tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Regjeringen varslet om dette i En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan mot vold og seksuelle overgrep (2014–2017). Dagens regulering av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra til beskyttelse mot vold og overgrep er på systemnivå overordnet og generell. Formålet er å se på om lovendringer kan bidra til at kommuner og helseforetak får en klarere og mer konkretisert plikt til å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir avdekket og avverget. Det skal vurderes om lovendringer kan bidra til at

tjenestene utvikler en kultur hvor arbeidet med å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep blir en mer naturlig del av det å yte helse- og omsorgstjenester.

Mer konkret kan forslag til lovendringer innebære at tjenestene skal bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved å sørge for at helsepersonellet har særlig oppmerksomhet rettet mot forhold som kan tilsi at pasienter og brukere har vært eller står i fare for å bli utsatt for slike hendelser. For å dekke de berørte tjenestene på de forskjellige forvaltningsnivåene, kan det være aktuelt å foreslå endringer i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) og lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Ved at denne plikten fremgår klart i loven, blir dette risikoområdet også tydeliggjort som et tema for tilsynsmyndigheten. Tilsynsmyndigheten kan da følge opp eventuelle avvik fra lovkravet og om helse- og omsorgstjenesten i sin praksis har implementert lovkravet.

Det vil også i løpet av 2015 bli igangsatt et arbeid for å klargjøre bestemmelsen om helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet i helsepersonelloven. Formålet med arbeidet er å bidra til at bestemmelsen om helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet blir enklere å forstå, herunder at det blir enklere å forstå hva plikten omfatter og når den inntreffer. Det vil samtidig bli vurdert om det også er behov for å klargjøre bestemmelsene om helsepersonells taushetsplikt og opplysningsrett, samt opplysningsplikt til andre instanser enn barnevernet.

Kunnskap og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten

For å lette kommunens systematiske planarbeid med voldsproblematikk, er det utviklet en webbasert veileder for utvikling av kommunale eller interkommunale handlingsplaner. Planene bør inkludere tiltak mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet. Om lag 20 pst. av kommunene rapporterer om en aktiv handlingsplan. Det er avgjørende at helse- og omsorgstjenesten i kommunen deltar i dette planarbeidet. Det er igangsatt et arbeid ved Folkehelseinstituttet for å vurdere hvordan indikatorer for vold i nære relasjoner kan gjøres tilgjengelig for kommuner.

Helsemyndighetene har i løpet av de 10 siste årene etablert en struktur med flere kompetansesentre som skal bidra til økt forskning, utdanning,

kunnskapsspredning og veiledning om vold og overgrep. Det er fortsatt behov for økt kompetanse i alle aktuelle tjenester.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble etablert i 2004 av fem departementer. Senterets hovedoppgaver er forskning, utviklingsarbeid og formidling. Senteret har et tverrfaglig perspektiv som omfatter både medisinske, psykologiske, sosiale, kulturelle og rettslige forhold, og dekker mange av de fagområder som er relevante for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) bidrar til kompetanseheving bl.a. i kommunene, og vil være sentrale i den videre utviklingen. Gjennom undervisning, veiledning, informasjon og nettverksarbeid skal arbeidet med vold styrkes. Hvert RVTS har bl.a. fagteam innen vold og seksuelle overgrep og kan støtte tjenesten i håndtering av både medisinske og psykososiale problemstillinger. RVTSene er styrket for økt kompetanse og veiledning av helse- og omsorgstjenestene.

NKVTS har utarbeidet en elektronisk håndbok for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten til bruk ved mistanke om fysisk mishandling. Håndboken skal utvides til å inkludere tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. NKVTS og RVTSene skal bistå i implementeringen av håndboken. Dette vil være et godt verktøy for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I pågående statlige planer inngår forskning om helsemessige konsekvenser av vold i nære relasjoner og en kartlegging av kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner, for å få et bedre faktagrunnlag for hvordan tjenestene forholder seg til dette. Det utarbeides også en ny veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Veilederen skal dekke helse- og omsorgstjenesten både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Videre skal Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer revideres for å ivareta voldsfeltet bedre.

For å styrke fastlegenes kompetanse om arbeid med utsatte og utøvere av vold i nære relasjoner, skal det utvikles et e-læringskurs. I ny forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevakt, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) er det stilt krav om at alle som deltar i legevakt skal gjennomføre kurs om vold og overgrep. Det skal iverksettes kompetansehevingstil-

tak om traumer rettet mot skole- og studenthelsetjeneste.

Kommunepsykologsatsningen skal bedre kommunens arbeid med psykiske helse. Tilskuddet til kommunene for å rekruttere psykologer, skal fra 2015 inkludere arbeid mot vold og seksuelle overgrep.

Mange som har vært utsatt for vold og overgrep har fått stor angst for tannbehandling (odontofobi) og deretter store tannhelseproblemer. I alle fylker er det etablert team av psykolog og tannlege som gir tilbud om utredning og behandling av odontofobi, slik at personer kan bli i stand til å motta tannbehandling. Odontofobibehandlingen er gratis, mens selve tannbehandlingen dekkes enten av folketrygden, Nav eller av tilskuddsmidler over statsbudsjettet. Helse- og omsorgsdepartementet vil bidra til å utvide dette tilbudet med flere tannlege-/psykologteam i de store kommunene.

Overgrepsmottakene ble opprettet med spesifikke mål om å gi tilbud til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Det vises til omtale av overgrepsmottakene i kapittel 31.

I Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold (IS-2181) er det anbefalt at tema vold og seksuelle overgrep rutinemessig skal tas opp med gravide, samt gitt føringer om oppfølging. Retningslinjen skal implementeres ved at helsepersonell skolerer og oppfølgingstiltak tilrettelegges. Vold og seksuelle overgrep skal inngå som tema i helsekort for gravide når det utarbeides nytt elektronisk helsekort.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet samarbeider med Helse- og omsorgsdepartementet om flere prosjekter direkte rettet mot barn og voldsforebygging, se kapittel 20. I tillegg skal erfaringene fra Modellkommuneforsøket og opplæringsprogrammet Tidlig inn – psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner bli vurdert med tanke på videreføring. Modellkommuneforsøket er spesielt rettet mot barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre. Departementene samarbeider også om å utvikle bedre rutiner for å avdekke og følge opp vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom med funksjonsnedsettelse, inkludert krenkelser fra tjenesteytere. Rutinene skal gjøres tilgjengelig for alle relevante tjenester og hjelpetilbud.

For å ivareta eldre som utsettes for vold, er det opprettet en nasjonal kontakttelefon som kan benyttes av utsatte, pårørende eller andre som har mistanke om overgrep (se boks 25.1). Forebyg-

Boks 25.1 Vern for eldre

Vern for eldre er en nasjonal kontakttelefon med tlf.nr. 800 30 196, som betjenes av fagfolk som har tid til å lytte. De har kunnskap om og forståelse av hva overgrep og krenkelser mot eldre innebærer. De kan gi støtte, råd og veiledning og informere om aktuelle hjelpeinstanser ved behov. Se www.vernforeldre.no

gende hjemmebesøk er en anledning til å avdekke overgrep mot eldre, se kapittel 26.

Det er godt dokumentert at det er en sammenheng mellom det samlede alkoholkonsumet i befolkningen og omfanget av vold (Rossow m.fl. 2010). Mange voldsepisoder skjer i forbindelse med at enten voldsutøveren eller den voldsutsatte eller begge har konsumert alkohol. Personer med psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk er særlig utsatt for ulykker, volds-skader og tidlig død. Redusert bruk av rusmidler vil redusere voldsbruk. Regjeringen vil legge frem en ny opptrappingsplan for rusfeltet.

I Handlingsplan mot vold i nære relasjoner inngår utvidelse av Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT) og Politiråd til å omhandle vold i nære relasjoner. I dette vil også den kommunale helse- og omsorgstjenestens deltagelse bli vurdert.

Justis- og beredskapsdepartementet har etablert et prosjekt der politi og øvrig tjenesteapparat skal samlokaliseres etter modell fra tilsvarende prosjekt i Malmø. Målet er et bedre, mer helhetlig og samordnet tilbud til voksne utsatt for vold i nære relasjoner. Prosjekt November starter i løpet av sommeren 2015 ved Stovner politistasjon i Oslo. I prosjektet skal det legges til rette for:

- at politiet og det øvrige tjenesteapparatet gir bistand til utsatte for vold i nære relasjoner i samme lokalitet
- bedre oppfølging av utsatte/pårørende i saker om vold i nære relasjoner
- bedre sammenheng i oppfølgingen av utsatte for vold i nære relasjoner, voldsutsattes barn og utøvere av vold i nære relasjoner
- bedre rådgivning og informasjon om selve prosessen

- bedre lokal samordning og samarbeid mellom politi og øvrig tjenesteapparat i saker om vold i nære relasjoner, og dermed redusere belastningen for utsatte og pårørende
- bedre sikkerhet for utsatte og bidra til å forebygge/reducere risikoen for nye voldshandlinger

Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016) viderefører mange års satsinger på forebyggende arbeid, styrking av kompetansen i hjelpeapparatet og behandlingstilbud for jenter/kvinner som er kjønnslemlestet. Det er Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet som koordinerer handlingsplanen.

De kunnskaps- og kompetansemiljøene som er etablert på området vold og overgrep arbeider med et bredt spekter av temaer. I juni 2014 lanserte regjeringen Handlingsplan mot radikalisering og voldelig ekstremisme. I planen inngår tiltak for å øke helsetjenestens kompetanse om voldelig ekstremisme. Planen er dynamisk og skal videreutvikles på grunnlag av den erfaring og kunnskap som det nå satses på. Det er viktig med tidlig forebyggende innsats mot radikalisering, og det er et ansvar som også den kommunale helse- og omsorgstjenesten har.

Boks 25.2 Regjeringen vil:

- Med forsterket innsats gjennomføre, følge opp og videreutvikle alle handlings- og tiltaksplaner om vold og overgrep
- Sørge for at utsatte skal høres og deres synspunkter vektlegges i den kommunale helse- og omsorgstjenestens arbeid og utvikling på dette området
- Vurdere å tydeliggjøre i helselovgivningen helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep
- Klargjøre dagens bestemmelse om helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet
- Styrke kompetanse om vold og overgrep i helse- og omsorgstjenesten
- Vurdere hvordan samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten og krisesentrene fungerer og kan bedres

26 Nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter tiltak fra regjeringsplattformen for å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i sykehjem, hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud. Samtidig følger den opp Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, som fikk bred politisk tilslutning gjennom Stortingets behandling jf. Innst. 447 (2012–2103). Det har imidlertid vært nødvendig å forsterke de økonomiske virkemidlene bl.a. til kompetanseheving og utbygging av sykehjem og omsorgsboliger. Derfor har regjeringen allerede styrket investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, vedtatt redusert egenandel for de som mot sin vilje bor på dobbeltrom og bevilget økte midler til kompetanseutvikling.

Regjeringen vil fortsette sin nye politisk kurs, og gjennom klare prioriteringer og nye løsninger sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i omsorgstjenesten, og at brukerne får et likeverdig tilbud.

For å bidra til bedre kvalitet i tjenestene løfter regjeringen fram følgende nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020:

- Gjennomføre en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- Lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg og vurdere om det bør fastsettes kriterier for heldøgns langtidsplass.
- I samarbeid med KS, utarbeide en plan som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.
- Bidra til spredning av forebyggende hjemmebesøk for eldre.
- Innføre kvalitetsindikatorer, bl.a. basert på bruker- og pårørenderfaringer.
- Igangsette et kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem.

Regjeringen vil også utvikle Kompetanseløft 2020, som skal bidra til å skape en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste, og en ny Demensplan 2020 basert på innspill fra personer med demens og

deres pårørende. Videre er det behov for å bedre den medisinske oppfølgingen av brukerne, og sikre en bedre og mer systematisk samhandling og koordinering mellom de ulike deltjenestene i kommunen. Dette står omtalt i andre kapitler i meldingen.

I dette kapitlet beskrives de nye initiativ og tiltak på omsorgsfeltet. Samtidig med meldingen legger regjeringen fram en samlet oppsummering av allerede vedtatt politikk på omsorgsfeltet i dokumentet Omsorg 2020. Regjeringen vil følge opp planen og tiltakene i Omsorg 2020 gjennom de årlige budsjetter. Planen har fem hovedsatsingsområder: 1) Sammen med brukere, pasient og pårørende, 2) En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste, 3) Den nye hjemmetjenesten, 4) Moderne lokaler og boformer og 5) Fornyelse og innovasjon.

26.1 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Det er satt i gang et utredningsarbeid for å gjennomføre et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøket starter opp i 2016 med to modeller og vil løpe over tre år. I kommuner innenfor modell A skal tjenester tildeles etter nasjonale tildelingskriterier og statlig satt budsjettamme. I kommuner innenfor modell B skal kommunen tildele tjenester og midlene til sektoren øremerkes. Kommunene søker selv om å delta i forsøket. Helsedirektoratet leder arbeidet med utredningen og utvikler bl.a. nasjonale tildelingskriterier. Helsedirektoratet vil også lede prosjektet i gjennomførings- og evalueringsfasen av forsøket.

26.2 Lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Rettigheten omfatter også rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester i sykehjem og omsorgsboliger, dersom dette er eneste

forsvarlige tilbud som kan dekke en pasients eller brukers behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Pasienten kan i disse tilfellene ikke settes på venteliste.

Det er en utfordring at mange brukere og pårørende ikke opplever at det foreligger en slik rett. Regjeringen vil derfor foreslå endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som presiserer denne rettigheten. Både for brukere og pårørende er trygghet og forutsigbarhet i tjenestene viktig. Når hjelpebehovet øker, er det avgjørende for brukere og pårørende å oppleve trygghet for at den enkeltes behov er vurdert og vil bli fulgt opp videre. Det kan være aktuelt å vurdere om det bør fastsettes kriterier for heldøgns langtidsplass. Slike kriterier kan fastsettes ved lov eller det kan overlates til kommunene å fastsette kriterier for heldøgns langtidsplass i egen kommune.

Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med et lovarbeid, med sikte på ikrafttredelse i 2017.

26.3 Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser

Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra de behov morgendagens brukere har. Dette krever et mangfold av boformer. Det vil være brukere i alle aldersgrupper med svært ulike behov. Noen er inne til kort tids rehabilitering, noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Sykehjem er i dag både avanserte helseinstitusjoner og hjem for den enkelte over tid. Moderne og godt utstyrte lokaler er avgjørende både for effektiv drift og godt arbeidsmiljø.

Regjeringen vil at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i omsorgssektoren, og samtidig styrke den enkeltes evne til å mestre dagliglivet enten de bor i egen bolig, omsorgsbolig eller sykehjem. For å forbedre dagens tjenestetilbud og møte de utfordringene samfunnet står overfor om noen år, har regjeringen forsterket Husbankens investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser med økte satser. Ordningen kan brukes både til å modernisere eller skifte ut eldre institusjonsbygg og boliger til omsorgsformål, og å øke antallet av slike bygg. Samtidig gjennomføres det et velferdsteknologi-program med sikte på å styrke den enkeltes evne til å mestre dagliglivet enten en bor i egen bolig, omsorgsbolig eller sykehjem.

Investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger i Husbanken videreføres med sikte på å kunne innvilge tilskudd til om lag 2500 heldøgns omsorgsplasser i 2015.

KS har spurt kommunene om deres behov og planer for utbygging av heldøgns omsorgsplasser i årene framover. Resultatene fra undersøkelsen anslår et samlet investeringsbehov på om lag 60 000 plasser frem mot 2030. Dette inkluderer både utskifting, renovering og kapasitetsvekst. Regjeringen vil i samarbeid med KS utarbeide en plan som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.

Regjeringen vil også vurdere enklere regler for bruk av statens finansieringsordninger ved utbygging i regi av private, ideelle og borettslag. Det skal også utredes en ordning for å avsette midler til forskning, utvikling og innovasjon med sikte på utforming og utprøving av nye modeller for fremtidens institusjons- og boligløsninger.

Finansierings- og egenbetalingsordninger for ulike boformer

Dagens finansierings- og egenbetalingsordninger er ulike avhengig av om tjenestemottakeren bor i eget hjem/omsorgsbolig eller i institusjon. Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid med å utrede finansierings- og egenbetalingsordningene uavhengig av boform. Utredningsarbeidet skal ses i sammenheng med regjeringens mål om å hindre skjevfordeling mellom omsorgsboliger og sykehjem, og sikre raskere utbygging av flere omsorgsplasser utfra lokale behov. Formålet er å få et rettferdig og forutsigbart finansierings- og brukerbetalingssystem som er enkelt å forstå for både brukere, pårørende og kommunene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å skissere ulike mulige modeller.

26.4 Forebyggende hjemmebesøk for eldre

De største endringene de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene, og det er først og fremst hjemmetjenester i form av sykepleie, vernepleie og sosialt arbeid som vokser.

De hjemmebaserte tjenestene kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse. Om lag 25 pst. av landets kommuner tilbyr forebyggende hjemmebesøk til eldre, og det har vært en markant økning de siste tre årene. Formålet med hjemmebesøkene er å bidra til å fremme helse og

mestring gjennom forebyggende tiltak og tidlig intervensjon. Temaene under hjemmebesøket har hovedvekt på sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, boforhold, selvhjulpenhet, ernæring, sosialt nettverk, hjelpemidler og aktiviteter.

Erfaringene fra det treårige utviklingsprogrammet om forebyggende hjemmebesøk 2009–2011 viser at kommunene har behov for informasjons- og veiledningsmateriell. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en veileder om forebyggende hjemmebesøk som skal ses i sammenheng med andre forebyggende tiltak rettet mot eldre. Helse- og omsorgsdepartementet vil samtidig utarbeide et rundskriv til kommunene.

Hele åtte av ti som omkommer i brann dør i sin bolig. Eldre og øvrige utsatte grupper er overrepresentert i dødsbrannstatistikken. Det er derfor et spesielt behov for å bedre brannsikkerheten i deres bolig. Gjennom forebyggende hjemmebesøk vil det kunne utføres brannsikkerhetsjekker i samarbeid med brannvesenet, samtidig som nye velferdsteknologiske løsninger kan forebygge brannfarlige situasjoner for hjemmeboende eldre.

26.5 Kvalitetsutvikling og kvalitetsindikatorer

For å bedre kvaliteten i omsorgssektoren vil regjeringen iverksette et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid for sykehjem basert på følgende områder; ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. Arbeidet skal ses i sammenheng med meldingens øvrige tiltak for å sikre kompetanse og kvalitet i omsorgssektoren, så som Kompetanseløft 2020, innføring av kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven, veileder for bemanning, samt utvikling av kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgssektoren og Kommunalt helse- og omsorgsregister (Khor). Helse- og omsorgsdepartementet vil komme nærmere tilbake til den konkrete innretningen av dette kvalitetsutviklingsarbeid. Det tas sikte på å utvikle en standard for kvalitet i tjenestene, en såkalt gullstandard. Dette arbeidet vil således gi grunnlag for å vurdere behov og innretning av arbeidet med norm/veileder for bemanning og kvalitet.

Regjeringen vil innføre kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgssektoren, bl.a. basert på bruker- og pårørendeerfaringer.

Kvalitetsindikatorer er ett av flere verktøy for å måle kvaliteten i tjenestene og arbeide systematisk med kvalitetsutvikling. Bruk av kvalitetsindikatorer har flere formål. De kan fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring, til virksomhetsstyring og helsepolitisk styring. De kan benyttes av pasienter og brukere for å sammenlikne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested og bidra til åpenhet om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Som del av oppdraget om å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten, har Helsedirektoratet allerede et stort fokus på å utvikle kvalitetsindikatorer for omsorgstjenestene. Bruker- og pårørendeorganisasjoner deltar formelt i indikatorarbeidet og brukererfaringer inngår i utvikling av indikatorsystemet. For å bedre tilfanget av og kvaliteten på indikatorene jobbes det også med å videreutvikle og standardisere fagsystemer for dokumentasjon av tjenesteytelsen, slik at det er mulig å hente ut indikatorinformasjon direkte fra fagsystemene. Arbeidet med etableringen av Khor er også viktig i denne sammenheng.

Omsorgstjenestene består ofte av svært sammensatte tjenester med fokus både på å kompensere for nedsatt funksjonsevne og på behandling av sykdom. Det innebærer at kvaliteten på omsorgstjenestene inneholder mange dimensjoner, både medisinske og psykososiale. Det er et behov for å utvikle indikatorer som gir informasjon om brukeres helhetlige tjenestetilbud. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utvikle indikatorer som gir informasjon om ulike sider ved brukeres tjenestetilbud, også deres muligheten til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse, på tross av sykdom og funksjonssvikt.

Kvalitetsindikatorer er ett av flere verktøy for å innhente informasjon om kvalitet. Kvalitetsindikatorer er ikke helhetlige mål. Psykososiale kvalitetsdimensjoner og brukeropplevd kvalitet er vanskelig å måle på en standardisert, objektiv måte. For å vurdere kvalitet bør derfor flere indikatorer sees i sammenheng og kompletteres med annen kvalitetsinformasjon, som bruker- og pårørendeundersøkelser. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å se nærmere på utvikle bruker- og pårørendundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker og pårørendeundersøkelse.

Det vises ellers til kapittel 15–17 om kompetanse, ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet.

Boks 26.1 Regjeringen vil:

- Gjennomføre en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene
- Lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg og vurdere om det bør fastsettes kriterier for heldøgns langtidsplass
- I samarbeid med KS, utarbeide en plan som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser
- Bidra til spredning av forebyggende hjemmebesøk for eldre
- Innføre kvalitetsindikatorer, bl.a. basert på bruker og pårørenderfaringer
- Igangsette et kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem

27 Tannhelsetjenester

I Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner foreslår regjeringen at ansvaret for tannhelsetjenester overføres fra fylkeskommunen til kommunen.

Etter lov om tannhelsetjenesten skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for hele befolkningen. Fylkeskommunen har også et befolkningsansvar for å drive helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid. Særskilte grupper har rett til nødvendig tannhelsehjelp i fylkeskommunen der de bor eller oppholder seg midlertidig. Nødvendig tannhelsehjelp omfatter også tjenester som forutsetter kompetanse som spesialisttannlege. Dette gjelder alle barn og unge fra fødsel til de det året de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede, grupper av eldre og langtidssyke i og utenfor institusjon, og ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. I tillegg kan fylkeskommunen selv vedta å gi et tannhelsetilbud til grupper de velger å prioritere. Fylkeskommunens tannhelsetjeneste skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til de nevnte gruppene.

I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det mye kompetanse innen ernæring, forebygging og folkehelsearbeid. Tjenesten har også lang erfaring med regelmessig innkalling til tannhelseundersøkelser basert på tannhelsetilstand og risikovurderinger. Organisering og integrering av tannhelsetjenester med det helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen vil gi synergieffekt. Det samme gjelder organisatorisk integrering av tannhelsetjenester med kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder spesielt for personer med særskilte og store hjelpebehov, f.eks. personer med rett til individuell plan, personer med rusproblemer og med alvorlige psykiske lidelser. Nærhetshensyn tilsier kommunal forankring av allmenntannhelsetilbudet. Større og mer robuste kommuner vil også ha økonomisk bæreevne til å løse oppgavene på allmenntannhelsetilbudet.

I meldingen foreslås også at ansvaret for spesialisttannhelsetjenester overføres til kommunene. Dette gjelder både ansvaret for å sørge for at slike

tjenester er tilgjengelige for hele befolkningen, og ansvaret for å sørge for at personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, får nødvendig spesialisthjelp når slike tjenester anses nødvendige. Fylkeskommunene har i samarbeid etablert seks regionale odontologiske kompetansesentre. De skal tilby spesialistbehandling basert på henvisninger og drive praksisnær forskning i samarbeid med ulike deler av tannhelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og med spesialisthelsetjenesten. Kompetansesentrene skal i tillegg tilby etterutdanning av øvrig tannhelsepersonell og være praksisarena for tannleger under spesialistutdanning. Flere fylkeskommuner har etablert tannklinikker med både allmennpraktikere og tannlegespesialister. Overføring av de regionale odontologiske kompetansesentre til større kommuner vil innebære at kommuner tilføres praksisnære forskningsmiljøer hvor det skal foregå tverrfaglig forskning i et samarbeid med flere relevante fagmiljøer i kommunene.

Befolkningsansvaret etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 innebærer at fylkeskommunen skal sørge for tannhelsetjenester samlet sett er tilgjengelige for hele befolkningen. Om lag 70 pst. av tannhelsetjenester utføres av private tjenesteutøvere. Det er ikke etablert noe driftsavtalesystem for disse, og folketrygdens stønad til tannbehandling til den voksne befolkningen er begrenset til enkelte sykdomstilstander eller behandlingsformer. I privat sektor er det fri etableringsrett og fri prissetting. Overføring av det befolkningsrettede tilgjengelighetsansvar etter tannhelsetjenesteloven fra fylkeskommune til kommune vil i utgangspunktet ikke innebære materielle endringer i rettigheter eller forpliktelser for den private tannhelsesektoren.

Boks 27.1 Regjeringen vil:

- Overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen i forbindelse med kommunereformen

28 Tjenester til den samiske befolkningen

Samiske brukere har krav på likeverdige helse- og omsorgstjenester i likhet med den øvrige befolkningen. Dette fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven. Rettigheter til den samiske befolkning er også regulert i internasjonale konvensjoner. Av grunnlovens § 108 fremgår det at det påligger statens myndigheter å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv. Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbyr nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at de må være bevisst sitt ansvar for å legge til rette for at samiske innbyggere skal få nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Urfolkskonvensjonens artikkel 25 (ILO-konvensjon nr. 169) påpeker at urfolk har rett til å være med å planlegge og administrere sine egne helsetjenester. Samiske brukere har behov for å bli møtt av en tjeneste som har kompetanse på samisk språk og kultur. Likeverdige helse- og omsorgstjenester for samiske pasienter innebærer at tjenester må tilrettelegges slik at samiske pasienters språk og kulturelle bakgrunn ikke er til hinder for at det kan ytes forsvarlige tjenester. Likeverdiprinsippet i helse- og omsorgstjenesten er ikke ivaretatt når personell mangler kunnskap om samisk språk og kultur.

28.1 Status og utfordringer

De samiske bosettingsområdene kjennetegnes av små kommuner med spredt bosetting og store avstander til nærmeste tettsted med helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste. Befolkningssammensetningen i mange av de samiske kommunene består av relativt mange eldre og få unge. Mange kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde fagpersonell og gi disse veiledning og etterutdanning i samisk språk og kulturforståelse. Utenfor samisk forvaltningsområde for samisk språk, er den samiske befolkningen i stor grad ikke synlig i kommunebildet. Helse- og omsorgspersonell har ofte liten eller ingen kunnskap om samisk kultur og flerkul-

turell forståelse. De har derfor begrensede muligheter til å fange opp og vurdere brukernes eventuelle behov for tilrettelagte tjenester.

Kunnskap om samiske pasienters behov varierer fra kommune til kommune. I mange kommuner er bevisstheten og kunnskapen fraværende. Enkelte kommuner er ikke kjent med at de har samiske brukere i sin kommune. Økt brukermedvirkning i utvikling av tjenester, kan bidra til at kommunene ivaretar samiske brukeres behov på en bedre måte.

En vanlig oppfatning er at dersom innbyggerne i kommunen snakker norsk, er det ikke behov for at de ansatte har kompetanse om samisk språk og kultur. Kommunen tar da ikke høyde for at innbyggere med samisk bakgrunn og identitet i løpet av livet kan miste sitt annetspråk på bakgrunn av sykdom (demens eller hjerne-skade som påvirker språksenteret). I tillegg har fornorskingsprosessen vist at mange samer i alderdommen faller tilbake til sin samiske identitet og vil ha behov for å bli møtt med samisk kulturforståelse.

Den samiske befolkningens bruk av helse- og omsorgstjenester er lite dokumentert. Det meste av kunnskapen er basert på praktiske erfaringer hos helse-, omsorgs- og sosialpersonell i samiske områder. Dokumentasjon som foreligger stammer fra helse- og levekårsundersøkelsen, SAMINOR 1 (2002–2003) og foreløpige analyser fra SAMINOR 2 (2012–2014) foretatt av Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø. Analyser av SAMINOR 1 har vist forskjeller mellom etniske grupper vedrørende fornøydhet med fastlegen (Nystad m.fl. 2008). Det var spesielt vanskelig å kommunisere på norsk som ble påpekt, som for disse pasientene var et fremmedspråk. Deltakerne forklarte dette med at det hyppigere oppstod misforståelser på grunn av legens manglende språkkompetanse. Samtidig viste undersøkelsen at en tredel av deltakerne ikke ønsket å bruke tolk fordi det var vanskelig å snakke om problemer og ubehag gjennom en tredjeperson.

I den samiske befolkningen er det fortsatt skepsis til helse- og omsorgstjenesten fordi de ikke føler seg sett, forstått eller hørt. Hyppig

skifte av fastleger, mangel på kulturforståelse og mangel på språkkompetanse bidrar til dette.

I SAMINOR 2, der alle i aldersgruppen 40–79 år i 10 kommuner ble innkalt til en klinisk undersøkelse, var fremmøteprosenten særlig høy blant samisktalende brukere. En grunn til dette var at samisktalende helsepersonell utførte helsekontrollene. Foreløpige analyser fra SAMINOR 2 viser at samiske pasienter, med overvekt av kvinner, også her var mindre fornøyd med tilgjengeligheten til legen på telefon, tid benyttet hos legen og legens forståelse av den samiske pasientens problemer. Vi vet foreløpig ikke hva som er årsaken til disse resultatene. Gjennom forskning ved Senter for samisk helseforskning foreligger det en del data om helse og levekår i den samiske befolkningen, som synliggjør levekår og helseutfordringer i det samiske folket. Videre analyser vil bli gjort på bakgrunn av resultatene i SAMINOR 2 i kommende år.

På helsestasjonen vil kompetansen til å vurdere språkutvikling hos samiske barn være viktig. Oppfølging av språkutvikling hos barn handler om tidligst mulig å avdekke om barnet har utfordringer innefor språk/taleutvikling, slik at tiltak kan settes inn så tidlig som mulig. Mange barn i førskolealder har samisk som førstespråk og vil tilegne seg norsk gradvis mot skolealder. Også disse barna har krav på oppfølging av språkutvikling i førskolealder. Oppfølging av språkutvikling må gjøres i det førstespråket barnet har. Barn i kommuner med internatskoler bør få særlig oppmerksomhet av helsesøster.

Innen psykisk helse er det mangel på fagfolk med samisk bakgrunn. Mangelen på samiske fagfolk er særlig problematisk i denne sektoren, da diagnositikk og terapi karakteriseres ved at språk er selve redskapet for korrekt diagnose og god behandling. Det er viktig å være klar over at mange samer som ellers tilsynelatende har gode norskferdigheter kan ha vansker med å uttrykke seg godt om følelsesmessige forhold som psykiske og relasjonelle problemer.

Språk er i stor grad knyttet til daglige gjøremål. Når eldre utvikler demens og ikke lenger kan ta del i dagligdagse aktiviteter vil språket fort gå tapt samtidig som passivitet påskynder demensutviklingen. Dette gjelder særlig dersom man sjelden hører sitt eget morsmål i bruk. Samer med framskreden demens mister ofte sine norskferdigheter, og deretter tapes også samisk. Innen eldreomsorgen er det derfor svært viktig at kommuner, også utenfor det samiske forvaltningsområdet for samisk språk, har personell som snakker samisk eller har kunnskap om samisk språk og kultur.

Boks 28.1 Oppfølging av treårig satsning innen samiske helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratet har utarbeidet rapporten Treårige satsinger innen samiske helse- og omsorgstjenester (2010–2012) (IS-2052) som ledd i den samiske delen av demensprogrammet og oppfølging av St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Ett av de viktigste resultatene er at personell i de deltagende kommunene er blitt bevisstgjort, spesielt om betydningen av kulturelle forhold for de aktivitetene og den omsorgen som tilbys. Det er samlet inn dokumentasjon, og i 2013 fikk Senter for omsorgsforskning Nord i oppdrag å utarbeide et hefte med konsentrert kunnskap om åtte ulike fagtemaer innen pleie og omsorg som er identifisert som behov for samiske brukere, deriblant lindrende behandling. I tillegg vil Helsedirektoratet utgi et samisk temahefte for undervisningsformål overfor helse- og omsorgspersonell våren 2015. Dette inkluderer temaene historisk grunnlag for samepolitikken generelt inklusiv helse- og omsorgstjenester, kulturkunnskap, lokalkunnskap, identitet og tilrettelagte tjenester og lokale tjenestetilbud og tiltak rettet mot grupper og enkeltindivider.

Både på kommunalt nivå og i helseforetak er det viktig å tilby kurs til helse- og omsorgspersonell. Samisk nasjonalt kompetansesenter-psykisk helsevern og rus (SANKS) har etablert egnede kursmoduler. I tillegg har flere av de samiske sentrene tilbud om kurs i samisk språk og kulturforståelse for kommunalt ansatte og samlinger for brukere med informasjon i helserelaterte temaer.

Flere undersøkelser viser underforbruk av tolk i primærhelsetjenesten, jf. NOU 2014: 8 Tolkning i offentlig sektor. Utredningen beskriver flere tiltak for å bedre språk og kommunikasjon overfor den samiske befolkning. Utredningen er til behandling i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Samelovens språkregler gir den samiske befolkning språklige rettigheter i møte med offentlige organ og tjenesteyting. De fleste bestemmelsene gjelder for forvaltningsområdet for samisk språk som i dag omfatter 10 kommuner. Det har skjedd betydelige endringer i organiseringen av offentlig sektor siden språkreglene ble vedtatt i 1990, særlig i helse- og omsorgssekto-

ren (bl.a. innføring av helseforetak, samhandlingsreform og fastlegereform). Regjeringen har sett behov for å gjennomgå språkreglene inklusiv utrede lovverk, tiltak og ordninger for de samiske språkene og har nedsatt et offentlig utvalg som vil levere sin rapport våren 2016.

Sametingets rolle

Sametinget er en sentral dialogpartner for statlige myndigheter med hensyn til politikkutformingen og overfor dem som har ansvar for tjenesteutøvelsen overfor den samiske befolkningen. Sametinget legger stor vekt på at fagmiljøer som skal utvikle kunnskap til bruk i helse- og omsorgstjenester til samiske pasienter, må ha god kjennskap til samisk språk, kultur og samfunnsliv. Gjennom

fordeling av tilskuddsmidler til lokale prosjekter i fylkeskommuner og kommuner har Sametinget også mulighet for til å påvirke helse- og omsorgstjenesten til den samiske befolkning.

Boks 28.2 Regjeringen vil:

- Vurdere hvordan NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor skal følges opp.
- Vurdere hvordan gjennomgangen av gjeldende ordninger, tiltak og regleverk for de samiske språkene i Norge skal følges opp (Språkutvalget).
- Videreføre tilskudd til senter for samisk helseforskning og til Sametinget.

29 Tjenester til innvandrere

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør per 1. januar 2015 i overkant av 15 pst. av Norges befolkning. Innvandrere fra Polen er fortsatt den klart største gruppen, med 91 000 personer. Arbeidsinnvandring oppgis fortsatt å være den vanligste innvandringsgrunnen.

29.1 Status og utfordringer

Innvandrere er ingen homogen gruppe, og de helserelaterte utfordringene varierer. Enkelte sykdommer har en betydelig høyere forekomst i enkelte grupper av innvandrere, enn i den øvrige befolkningen. Det gjelder bl.a. diabetes og psykiske plager. Ulik forståelse og oppfatning om helse og sykdom påvirker livsstil og bruk av helsetjenester, noe som krever tilrettelegging av tjenester. Innvandrere sett under ett ser ut til å ha bedre helse enn majoritetsbefolkningen når de kommer til Norge, men deres helse forverres raskere med alderen. Det er store variasjoner mellom ulike grupper innvandrere, kjønn og ulike aldersgrupper i tillegg til de kjente sosioøkonomiske faktorene, samt landbakgrunn og årsak til innvandring.

Innvandrergruppene er like heterogent sammensatt som den øvrige befolkningen. Fortsatt er de fleste innvandrere relativt unge. På bakgrunn av det vi vet om faktorer som øker sårbarheten for den fysiske og psykiske helsen, bør helsetjenesten være spesielt oppmerksom på barn, unge og eldre innvandrere, kvinner i fertil alder, enslige mindreårige og personer med kort botid i landet og dårlige levekår.

Utfordringsbildet når det gjelder innvandrergruppens helse er sammensatt. Personer med kort botid i Norge og svake norskferdigheter kan ha store vanskeligheter med å orientere seg i helssystemet. Dette kan føre til forsinket behandling for pasienten og dårlig utnyttelse av ressursene. I noen innvandrergrupper er det særskilte utfordringer på følgende områder: forebygging og behandling av diabetes, psykisk helse, tannhelse, prevensjon og svangerskapsomsorg. I tillegg er forebygging av ulykker en utfordring, spesielt

blant barn og personer ansatt i risikosektorer som bygg og anlegg.

Mange innvandrere har svake leseferdigheter, noe som gjør det vanskelig å orientere seg i helse- og omsorgstjenesten og gir dårligere forutsetninger for å ivareta egen helse. Informasjon må tilpasses svake lesere, og helsepersonell må sikre at det gis muntlig informasjon om forebygging, behandling og medisiner. Dagens helseinformasjon er i hovedsak rettet mot den delen av befolkningen som er sunnest og har høyest utdanning. Fremtidige kampanjer og aksjoner bør rettes mot de gruppene som trenger det mest. De fleste som er oppvokst i Norge, har grunnleggende kunnskaper om hva de selv kan gjøre for å ivareta helsen. Det gjelder ikke nødvendigvis innvandrere med lite skolegang eller personer med bakgrunn fra land der kunnskap om fysisk aktivitet og sunt kosthold ikke formidles. Regjeringen vil at alle innbyggere i Norge skal ha så gode forutsetninger som mulig til å ta gode helsevalg for seg selv og sin familie. Da er det viktig at flere får grunnleggende kunnskaper om hva de selv kan gjøre for å ivareta helsen. Praktisk kunnskap om livsstil og kosthold bør få plass i introduksjonsprogrammet og i særskilte tiltak for sårbare grupper. Enkelte kommuner/sykehus har skreddersydde tiltak for personer med liten helsekunnskap. Regjeringen mener at slike tiltak bør utvides. Det er bra for den enkelte, og det er god samfunnsøkonomi. Det er også behov for bedre koordinering og kunnskapsoverføring på tvers av enkeltprosjekter og kommuner.

Det er et stort kompetansebehov blant helse- og omsorgspersonell om innvandrergruppens helse, sykdomsforståelse, risikofaktorer og om sammenhengen mellom migrasjon og helse. Det er også for lite kunnskap om hvilke barrierer innvandrere opplever når det gjelder tilgang til tjenester. Kvalifiserte tolker brukes i liten grad, og det er mangelfulle rutiner for, og kunnskap om, bestilling, bruk og oppfølging av tolkene. Helse- og omsorgspersonell mangler ofte ferdigheter i å tilrettelegge og formidle skriftlig og muntlig helseinformasjon. Holdninger blant ansatte kan være farget av medier i stedet for dokumentert kun-

skap og refleksjon over egne verdier og normer. For å skape en reelt likeverdig helsetjeneste er det viktig at ansatte i helse- og omsorgstjenesten har kunnskap og kompetanse om innvandreres helse, slik at de kan yte god hjelp og omsorg til mennesker med en annen landbakgrunn.

Asylsøkere og flyktninger har et særkilt behov for oppfølging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Denne gruppen skiller seg fra andre innvandrere ved at de oppholder seg i landet mens myndighetene vurderer om de skal få tillatelse til opphold i Norge. I denne perioden bor majoriteten i asylmottak. Det er kommunen der det enkelte asylmottak er geografisk plassert, som har ansvaret for å tilby kommunale helse- og omsorgstjenester til beboere i mottak. Kommunene mottar øremerkede tilskudd til dette. Asylsøkere og personer med lovlig opphold har i hovedsak samme rettigheter til helsehjelp som majoritetsbefolkningen. I tråd med Helsedirektoratets anbefaling er det flere kommuner som tilbyr helseundersøkelser til asylsøkere og flyktninger når de bosettes i kommunen.

29.2 Bruk av fastleger og legevakt

Det har vært en utbredt oppfatning at innvandrere bruker legevakten oftere enn norskfødte. Inntil nylig manglet vi tall på landsbasis for å kunne si om dette stemte. En registerstudie med data fra hele Norge i 2008 har nå vist det motsatte: innvandrere som gruppe bruker legevakten sjeldnere enn norskfødte. En annen utbredt oppfatning er at innvandrere bruker legevakten i stedet for å gå til fastlegen. Til tross for at noen gjør det, ser dette heller ikke ut til å være det vanlige. Hovedforskjellen er at innvandrere oftere enn norskfødte bruker legevakten i tillegg til fastlegen. Innvandrere bruker fastlegen også sjeldnere enn nordmenn, men her er det store forskjeller. Den lavere bruken har sannsynligvis en dobbel forklaring. Innvandrere, spesielt arbeidsinnvandrere, er sannsynligvis relativt friske, men vi kan ikke utelukke barrierer for andre grupper som bruker helsetjenesten lite og sannsynligvis har et stort behov, spesielt de eldste og kvinner med psykiske vansker eller med behov for prevensjon. Annen forskning på feltet viser dårligere diagnose og behandling, høyere terskel for utredning for pasienter med mulig alvorlige diagnoser, høyere risiko for bivirkninger og skadelige konsekvenser av behandling, samt lav etterlevelse av råd og medikamentell behandling når pasienten og leger ikke deler språk og kultur. Dette tilsier at det er

behov for tiltak for å tilrettelegge helse- og omsorgstjenestene til innvandrere, bl.a. i form av hjelp til å navigere i tjenestene, spesiell tilrettelegging for eldre innvandrere og kvinner, og opplæring i kulturell kompetanse inklusiv kompetanse om kommunikasjon, samhandling og bruk av tolk hos helse- og omsorgspersonellet.

29.3 Kommunikasjon og språkbarrierer

Kommunikasjon er helt sentralt for å kunne gi likeverdige helse- og omsorgstjenester. Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det. Brukerne har forskjellige behov og ulike forutsetninger for å kunne gi og motta informasjon. Mange innvandrere har begrensede språkferdigheter i norsk. Dette gjør god kommunikasjon ekstra viktig, men også vanskeligere. Manglende bruk av tolk kan påvirke tilgangen til, og kvaliteten på, helse- og omsorgstjenester. Det er helse- og omsorgspersonellens ansvar å vurdere bruk av tolketjenester for å oppheve språkbarrierer, og eventuelt bestille tolk og forsikre seg om at tolken har nødvendige kvalifikasjoner. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder om kommunika-

Boks 29.1 Hjelpemiddel til bruk i kostholdsveiledning for innvandrerkvinner

Språkproblemer og ulik matkultur kan gjøre det vanskelig å formidle kostholdsråd til innvandrerkvinner. Mye tyder på at migrasjon til et vestlig land kan føre til et mer usunt kosthold. Bl.a. har innvandrede kvinner fra enkelte land oftere overvekt og diabetes enn andre kvinner. Høgskolen i Oslo og Akershus har utviklet en ny app kalt SOMAH-appen, som er en forkortelse for samtaler om mat for helsestasjonen. Appen har bilder av matvarer med og uten nøkkelhullmerking, ulike måltider og drikkevarer. Jordmødre og helsesøstre kan bruke bildene når de veileder gravide innvandrede kvinner og foreldre på helsestasjonen. Appen er i bruk ved Stovner helsestasjon i Oslo, Fjell helsestasjon i Drammen og Asker helsestasjon, og tilbakemeldingene er positive. SOMAH-appen er gratis, og den kan også brukes av andre som vil ha tips om anbefalte kostholdsråd.

sjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten (2011). Barn og pårørende skal ikke brukes som tolker. Studier viser at språkbarrierer mellom tjenesten og brukere utgjør en fare for pasientsikkerheten. Språkbarrierer svekker også pasientens forståelse av anbefalinger, instruksjoner og egen diagnose, og pasienten etterlever i mindre grad råd og instruksjoner, slik at kvaliteten på tjenestene går ned. At pasienten f.eks. forstår hvordan de skal ta medisiner, kan være av avgjørende betydning for deres helsetilstand og behandlingens utfall. Flere undersøkelser viser underforbruk av tolk i primærhelsetjenesten, jf. NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor. I en kartlegging av tolkebruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (TNS politikk og samfunn 2013), sier 39 pst. av kommunene som deltok at det ofte

eller noen ganger oppstår en situasjon i helsetjenesten der de ikke bruker tolk selv om det er nødvendig. Kommunene har lite kunnskap og kompetanse når det gjelder bruk av tolk, og de er ikke fornøyd med egne opplæringstiltak for helse- og omsorgspersonell i bruk av tolk.

Boks 29.2 Regjeringen vil:

- Følge opp Nasjonal strategi om innvandre- res helse 2013–2017 Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle
- Vurdere hvordan NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor skal følges opp

30 Tjenester til innsatte i fengsel

Det er kommunen der det enkelte fengsel er geografisk plassert, som har ansvaret for å tilby kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte. Kommuner mottar øremerkede tilskudd til formålet og fylkeskommuner mottar tilskuddsmidler for å tilby tannhelsetjenester til innsatte. Det regionale helseforetaket har ansvar for å tilby nødvendige spesialisthelsetjenester til de innsatte og dette finansieres i hovedsak gjennom rammetilskudd til helseforetakene. Stortinget har bevilget 142,5 mill. kroner i 2015 til fengselshelsetjenester som fordeles mellom kommuner og fylkeskommuner. Det er 47 fengsler i Norge og de er lokalisert i 42 kommuner. I 2013 ble det iverksatt 7397 dommer ved soning i fengsel. Det var i overkant av 3800 fengselsplasser i Norge i 2014. Innsatte har i hovedsak samme rettigheter som andre som bor eller oppholder seg i en kommune. Et unntak er retten til fastlege. Fastlegens ansvar og plikter overfor domsinnsatte i fengsel bortfaller og overlates til fengselshelsetjenesten. Varetaktsinnsatte har rett til å benytte egen fastlege. Ved løslatelse vil ansvaret igjen overtas av fastlegen.

Alle fengsel har tilbud om helsetjenester i fengselet. De vanligste personellgruppene i fengselshelsetjenesten er lege, fysioterapeut, sykepleier og/eller spesialsykepleier med utdanning i psykisk helse og rus. Noen få kommuner bruker kommunepsykolog i fengselet. De seks største fengslene som har egne psykiatriske poliklinikker inne i fengslene. I den kommunale fengselshelsetjenesten blir det stadig flere sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse. Noen få kommuner rapporterer at de har kommunal psykolog tilgjengelig for de innsatte. Dersom det er behov for helse- og omsorgstjenester som fengselshelsetjenesten ikke kan ivareta, skal innsatte bringes til lege/sykehus eller annen legehjelp rekvireres. Spesialisthelsetjenesten er til stede med psykolog eller psykiater i mer enn 30 fengsler. De seks største fengslene har etablert egne psykiatriske poliklinikker inne i fengslene i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det er de senere årene etablert egne rusmestingsenheter i 13 fengsler, og Stifinner'n er eta-

blert ved Oslo fengsel og ved Bredtveit kvinnefengsel. De har også tilbud til innsatte med psykiske lidelser ved siden av sin rusavhengighet. Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) er nylig evaluert. Resultatene er positive og ordningen vil bli vurdert videreført med tanke på å gjøre dette til en permanent ordning for hele landet.

Helsedirektoratet har utgitt en veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel. Den retter seg i hovedsak mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

30.1 Status og utfordringer

Ikke alle kommuner og fylkeskommuner er vertskommuner for fengsler. De som er det har en ekstra utfordring med helse- og omsorgstjenester til de innsatte, noe de kompenseres for gjennom tilskudd. Når antall soningsplasser i fengsel endres, får det konsekvenser for tilkuddene som gis for å bidra til at de innsatte får likeverdige helse- og omsorgstjenester som den øvrige befolkningen. Det er lagt frem en plan for økning av soningskapasiteten i Norge, som medfører økte utgifter til kommuner og fylkeskommuner for å tilby helse og omsorgs- og tannhelsetjenester til de innsatte. Endringer i fordelingen av tilskudd må løpende justeres i tråd med endret antall og fordeling av fengselsplasser.

Antall utenlandske innsatte har økt, og utgjør om lag 35 pst. av de som til enhver tid sitter inne i norske fengsler. En del skal uttransporteres etter soning, eller overføres til videre straffegjennomføring i hjemlandet.

Innsatte i norske fengsler har dårligere helse enn den øvrige befolkningen, bl.a. har de høyere forekomst av psykiske lidelser og rusproblemer. En rapport fra Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (Cramer 2014), viser at innsatte i norske fengsler har høyere forekomst av psykiske lidelser enn øvrig befolkning. Hele 92 pst. av utvalget viste tegn på minst en psykisk lidelse, og mange har personlighetsforstyrrelser.

30.2 Vurdering og veien videre

Den ovennevnte rapporten sier ikke noe om hvorvidt helsetilbudet for innsatte er tilstrekkelig dimensjonert for å håndtere sykeligheten. Vertskommuner for fengsel må løpende vurdere om de innsatte får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Når kommunene på sikt får på plass IKT-verktøy, og det er etablert et register for kommunale helse- og omsorgstjenester (Khor), vil det kunne hentes ut mer kunnskap både lokalt og nasjonalt om helsetilstanden og helsetilbudet til innsatte i norske fengsler. Det er opp til den enkelte kommune, fylkeskommune og de regionale helseforetakene å vurdere behovet for å kartlegge tjenestebehovet og tjenestetilbudet til de innsatte.

Et bedre kommunalt tilbud til personer med psykiske plager og rusavhengighet vil også komme innsatte i fengsel til gode ved at kommunene får økt kompetanse om, og kapasitet til å gi et bedre tilbud. Kommunene skal behandle mennesker med psykiske problemer og lidelser så langt som mulig, og sørge for henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov. Dette gjelder også innsatte i fengsel. Behandling av innsatte bør foretas av helsepersonell som har kunnskap om innsattes helse og fengslenes kultur.

Språk og kulturelle utfordringer kan i mange tilfeller kreve tolk og særskilt kunnskap.

Justis- og beredskapsdepartementet la nylig frem Meld. St. 12 (2014–2015). Utviklingsplan for kapasitet i kriminalomsorgen. Meldingen inneholder en prognose som tilsier at det må etableres om lag 500 nye og 500 midlertidige fengselsplas-

ser innen 2020. Det er av stor betydning for kvalitet og kapasitet i helse- og omsorgstjenesten for innsatte at endringer i soningskapasiteten planlegges og finansieres under forutsigbare rammer for kommunene. Dette innebærer tett samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Ved større utvidelser trenger kommunene tid til å planlegge tjenestene slik at de innsatte kan tilbys forsvarlige helse- og omsorgstjenester i tråd med lovverket.

Når det gjelder oppfølging i helse- og omsorgstjenesten av innsatte etter løslatelse, pågår det også et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet for å finne løsninger som kan bidra til at innsatte med behov for helse- og omsorgstjenester får nødvendig hjelp ved løslatelse. Helsemyndighetene følger med på årlige rapporteringer fra kommuner og fylkeskommuner, for å sikre en fordeling av tilskuddsmidlene som bidrar til at innsatte får forsvarlige tjenester.

Boks 30.1 Regjeringen vil:

- Vurdere endringer i tilskuddsordningen med sikte på bedre fordeling av midlene
- Legge til rette for at kommunene utvider kapasiteten i fengselhelsetjenesten i tråd med økningen i soningskapasitet
- Arbeide videre for å finne løsninger som bidrar til at innsatte får nødvendig oppfølging i helse- og omsorgstjenesten ved løslatelse

31 Øyeblikkelig hjelp

Regjeringen vil ha en helse- og omsorgstjeneste som sikrer befolkningen likeverdig tilgang til forsvarlige tjenester når det haster på grunn av ulykker, skader eller akutt sykdom. Det forutsetter et godt samvirke mellom en rekke deltjenester; fastleger, legevakt, legevaktsentral, hjemmesykepleie og andre hjemmetjenester, ambulansetjenesten, AMK-sentral, distriktpsikiatriske sentre (DPS), ambulante team og sykehus. Andre nødetater og frivillige organisasjoner kan spille, og spiller mange steder, en viktig supplerende rolle for å sikre innbyggerne nødvendig hjelp når det haster.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene planlegger sine tjenester, og at det inngås samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Tilsvarende krav stilles til de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesteloven. Det er et krav at avtalene skal omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

I dagens situasjon, der akuttfunksjoner samles ved færre sykehus og legevakt sentraliseres, må samarbeidsavtalene bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakene og de berørte kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevakt og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må være så konkrete at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy, og det bør være dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet.

Rammevilkårene for å sikre forsvarlige tjenester når det haster, varierer betydelig på grunn av forskjeller i bosettingsmønster, befolkningstetthet og geografiske forhold. Løsningene må tilpasses lokale forhold og samtidig i størst mulig grad sikre befolkningen et likeverdig tilbud. Gode løsninger forutsetter at den enkelte kommune ser og planlegger egne deltjenester samlet, og at det samme skjer i helseforetakene og tilgrensende kommuner. Der det er mulig, bør det etableres kommunale tjenester som kan komme før, eller istedenfor tilbud i spesialisthelsetjenesten. Forutsetningen er at disse tilbudene er minst like gode som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene har brukere som trenger planlagte tjenester hele døgnet, og tjenestene må være organisert slik at behovene til brukerne ivaretas. Det er heldøgns bemanning i institusjon, og det ytes tjenester hele døgnet i omsorgsbolig og i pasientens hjem. Disse sykepleie- og sosialfaglige tjenestene har i liten grad blitt brukt som en del av beredskapen for å avklare og håndtere akutt sykdom i samarbeid med legevakttjenesten. Dette bør utprøves i langt større grad.

Det regjeringsoppnevnte utvalget som skal gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, leverte på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en delrapport om de prehospitale akuttmedisinske tjenestene i november 2014. Utvalget foreslår en nasjonal strategi for å styrke de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Blant tiltakene som foreslås er krav til medisinskfaglig legevaktleder, oppbygging av et nasjonalt fagmiljø for analyse, forskning og utvikling av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, innføring av nasjonale kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer, nytenkning om personellbruken og stimulering til økt omfang av sykebesøk. Mange av tiltakene vil kreve økte ressurser, og de økonomisk-administrative konsekvensene er ikke ferdig utredet.

31.1 Status og utfordringer

Legevakt

Kommunal legevaktordning skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp gjennom hele døgnet og foreta nødvendig oppfølging. Kommunal legevaktordning består i dag av et fast legevaktnummer, legevaktsentral (LV-sentral) og lege(r) i vaktberedskap samt eventuelt hjelpepersonell. Kommunen kan organisere legevaktordningen på flere måter, og flere kommuner kan samarbeide om legevaktordning.

En døgnbasert beredskapstjeneste utført av primærleger er enestående for Norge. Andre land har valgt ulike løsninger, f.eks. legekontorer med utvidede åpningstider, telefontjenester, bruk av ambulansetjenester og spesialiserte akuttmottak.

Legevaktarbeid er faglig krevende. Det er en beredskapstjeneste som må treffe avgjørelser og handle raskt, og ofte må legen treffe beslutninger alene.

Legevakt har siden NOU 1998: 9 Hvis det haster... sammen med ambulansetjenesten vært pekt på som de svakeste leddene i den akuttmedisinske kjeden. Ambulansetjenesten har etter dette, til forskjell fra legevakten, gjennomgått en betydelig opprustning. Mange utfordringer i legevakttjenesten er knyttet til rekruttering, kompetanse, utstyr, organisering og tilgjengelighet. I tillegg er det store bærekraftutfordringer fordi de ressurser som må settes inn for å møte utfordringene, er store sammenliknet med aktiviteten i tjenesten og den kvalitetshevingen man trolig vil oppnå.

Utviklingen har i mange år gått mot større legevaktsdistrikter for å redusere vaktbelastningen og skape større og mer kompetente enheter, men samtidig flyttes tjenesten lengre fra folk. Det er stor variasjon i hvordan legevaktene organiseres. Interkommunale legevakter dekker nå 348 kommuner. Selv ved mange av de interkommunale legevaktene er det lav bemanning. 80 pst. av legevaktene har bare én lege på vakt på kveld, natt og helg. 40 pst. av legevaktene er uten døgnkontinuerlig sykepleier på vakt, og bare 20 pst. av legevaktene har organisert bakvaktlege. Kompetansen er ofte lavere enn ønskelig. Hele 30 pst. av dagens legevakter dekkes av leger som ikke oppfyller de kravene til kompetanse departementet mener er en forutsetning for god kvalitet i legevakttjenesten.

Mange pasienter har lang reisetid til legevakt, og det reduserer bruken. Det gjelder både for akutte tilfeller med høy hastegrad og tilfeller med lavere hastegrad. 1,7 pst. av befolkningen har mer enn 60 minutter reisetid til legevakt, og 5,4 pst. av befolkningen har mer enn 40 minutter reisetid til legevakt. Sentraliseringen av legevakt skjer samtidig med at sykehusenes akuttberedskap sentraliseres, noe som ytterligere forsterker utfordringene.

Om lag 73 pst. av aktiviteten ved legevakt klassifiseres i laveste hastegrad (grønn), 24,5 pst. i hastegrad gul og 2,5 pst. i største hastegrad (rød). Det er få sykebesøk fra legevakt og lav legedeltakelse i utrykning til akuttmedisinske situasjoner.

Årlig legges det inn omlag 600 000 pasienter som øyeblikkelig hjelp i norske sykehus. Legevaktleger står for om lag to tredeler av alle ø-hjelp-sinnleggelser i sykehus. Det er grunn til å tro at dette tallet kan reduseres ved bedre tilgjengelighet hos fastlegene, tettere oppfølging av pasienter med kronisk sykdom og ved et bedre tilpasset akuttmedisinsk tilbud i kommunene.

En tredel av de ansatte ved legevaktene har vært utsatt for fysisk voldsutøvelse fra pasienter eller pårørende. Mange steder er legevaktspersonell alene hele eller deler av døgnet uten at det er iverksatt nødvendige sikkerhetstiltak.

Statens helsetilsyns oppsummering av tilsyn med norske legevakter i perioden 2001–2005 viste at det var en overvekt av tilsynssaker for virksomhet på legevakt sammenliknet med allmennlegetjenesten totalt. Det ble avdekket mangler i kommunenes oppfølging av systemansvaret for legevakt og brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Krav til organisering og kompetanse i legevakt er regulert i akuttmedisinforskriften, som nylig er revidert. En tilfredsstillende utvikling forutsetter et langt større kommunalt ledelsesmessig engasjement enn det man har sett mange steder fram til nå, se for øvrig kapittel 16 om ledelse.

I underlagsmaterialet fra Akuttutvalget, oppsummerer Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin utfordringsbildet slik:

- Store legevaktdistrikter gir forskjeller i legevaktbruk
- Mange store legevaktdistrikter har bare én lege på vakt, og det er lite bruk av bakvaktordninger
- Det har ikke vært særlig forbedring av utstyr, bruk av egen legevaktbil eller praktisk trening de senere år
- Legekompetansen er synkende
- Fastlegedeltakelsen fortsetter å synke
- Sykebesøktallet fortsetter å synke
- Utrykninger fra legevaktlege ved akutt sykdom og ulykker blir færre og skjer ofte bare i nærområdene til legevakten
- Det er registrert mangler ved legevaktberedskapen på dagtid mange steder
- Spesialisthelsetjenesten melder om mindre samhandling med legevakt

I tillegg kommer at datagrunnlaget for evaluering av den akuttmedisinske kjeden er begrenset. Det mangler elektroniske løsninger og enhetlige metoder for registrering av data.

Fastlegenes rolle

Fastlegene har ansvar for øyeblikkelig hjelp-tilbudet til egne listeinnbyggere i legekontoets åpningstid. Tilgjengeligheten til fastlegene påvirker i betydelig grad antall henvendelser til legevakten. I kraft av sin kompetanse og lokalkunnskap er fastlegene ment å utgjøre hovedtyngden av leger i kommunal legevakt.

Fastlegene tar imot langt flere øyeblikkelig hjelp-pasienter enn legevaktene gjør, om lag 4 millioner i året. Tilsvarende tall ved legevaktene er 900 000, og 60 pst. av disse skjer på dagtid. Mange steder er det imidlertid for dårlig tilgjengelighet for akutte henvendelser hos fastlegene og for liten kapasitet i ordningen totalt. Resultatet er at legevaktene opplever pågang av pasienter tidlig på ettermiddagen som heller burde ha vært hos fastlegen. Hvis fastleger hadde hatt bedre tilgjengelighet for akutte henvendelser, kunne mange kontakter vært flyttet fra legevakt til fastleger. Mange av disse kontaktene på legevakt er også et uttrykk for at stadig flere ønsker å gå til lege utenfor ordinær arbeidstid.

Fastlegene har etter § 13 i fastlegeforskriften plikt til å delta i legevakt. Kommunen kan frita fastlegen fra denne plikten når legen ber om det av helsemessige eller vektige sosiale grunner. I denne vurderingen tas det særlig hensyn til leger over 55 år. Fastlegen har rett til fritak fra legevakt-deltakelse ved 60 år, i de tre siste månedene av svangerskapet, eller når graviditeten er til hinder for deltakelse, eller legen ammer barn som er under ett år.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5, tredje ledd skal kommunen sørge for tilbud om døgnoophold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder fra 1. januar 2016 for somatiske tilstander, fra 2017 også for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer. Penger til dette overføres fra samme tidspunkt fra RHF til kommunerammen. Målet med ordningen er å gi pasientene et tilbud nær der de bor, og å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp med innleggelse i sykehus. Det er en forutsetning at tilbudet er bedre, eller like godt for pasientene som ved sykehusinnleggelse. Lovbestemmelsen åpner for ulike løsninger, fra de helt små ensengsordninger ved et sykehjem til større interkommunale minisykehus.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen somatikk. Målgruppen er pasienter der tilstanden og videre behandling er avklart, og der det kan forventes at oppholdet ikke overstiger tre dager. Det er en absolutt forutsetning at pasientene kan gis et forsvarlig tilbud. Helsedirektoratet skal revidere veilederen for etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud til også å gjelde pasienter og brukere med psykiske lidelser og rusproblemer.

Så langt har bare pasienter med somatiske sykdommer og lidelser vært omfattet av tilbudet som har vært faset inn fra 2012.

De fleste som legges inn er gamle mennesker. Drøyt 50 pst. er eldre enn 80 år og 23 pst. er i aldersgruppen 67 til 79 år. Av 126 tilbud er 70 lokalisert ved sykehjem, 22 ved lokalmedisinske sentre og 16 ved legevakt. 59 tilbud har en eller to senger, 59 har tre til ni senger og åtte tilbud har omlag 10 senger eller mer.

En foreløpig vurdering av tilbudene er at de brukes av de pasientgruppene de var ment for, og på tiltenkt måte. Åtte av ti pasienter ligger inne tre døgn eller mindre. Helsetilsynet har ikke registrert klage- eller tilsynssaker som avdekker uforvarsbarhet. Den store variasjonen i utformingen av tilbudene tilsier en viss ulikhet i hvilke tilstander som behandles.

En hovedutfordring er den lave og variable beleggsposten i tilbudene, og at fastlegene i relativt liten grad har tatt i bruk øyeblikkelig hjelp døgntilbudet, til tross for at de vet at det finnes. Beleggsprosenten ligger hovedsakelig mellom 30–50 og varierer fra 5 pst. til 130 pst. Beleggsprosenten har økt flere steder etter hvert som tilbudet er blitt bedre kjent. Særlig er det viktig å gjøre tilbudet kjent og forankret hos fastlegene, som bare står for 25 pst. av innleggelsene. Mange opplever innleggelsesrutinene som tungvinte. Kontinuerlig informasjon, klare kriterier, tillit til kompetansen og forenklede innleggelsesrutiner er suksesskriterier for økt bruk av plassene. Mange steder blir øyeblikkelig hjelp døgntilbudet sett på som et svært attraktivt sted å jobbe, og det har vært uproblematisk å knytte til seg nødvendig kompetanse.

Den relativt lave beleggsprosenten reiser også spørsmålet om disse tilbudene avlaster sykehusene etter intensjonen. Svaret på det er i dag nei, slik at det er viktig med tiltak som øker beleggsprosenten. Tiltak som har vist seg å påvirke beleggsprosenten i gunstig retning er gjengitt i tekstboks 31.1. Nesten alle pasientene i øyeblikkelig hjelp døgntilbud ville ha blitt innlagt som øyeblikkelig hjelp i sykehus dersom et kommunalt tilbud ikke hadde vært tilgjengelig. Det viser en kartlegging utført blant pasienter som har benyttet tilbudet. En undersøkelse ved Halingdal sjukestugu viser at pasientene er mer fornøyd med et lokalt tilbud enn innleggelse i sykehus.

Undersøkelser tyder på at øyeblikkelig hjelp innleggelse i sykehus reduseres med 3–10 pst. fra kommuner som har et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det største potensialet for å redusere øye-

Boks 31.1 Tiltak som har ført til økt beleggprosent:

- Kommuner som har etablert lokale tilbud, men samarbeider om interkommunal legevakt og har etablert felles innleggelseskriterier og rutiner
- Faste møter for fastleger og legevaktsleger
- Spørreundersøkelser blant henvisende leger for å kartlegge legens kjennskap og tillit til tilbudet
- Tilby turnusleger og vikarer i legevakt å besøke øyeblikkelig hjelp-døgntilbudene
- Standardmaler for de mest vanlige diagnoser

blikkelig hjelp-innleggelse i sykehus er neppe knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud, men til en helse- og omsorgstjeneste som samlet sett fungerer bedre og fanger opp pasienter med kroniske sykdommer så tidlig at tilstanden kan behandles i kommunen. Kommunene bør likevel arbeide systematisk for å øke beleggprosenten.

Et avgjørende forhold for å lykkes er at døgnplassene blir en integrert del av de samlede kommunale helse- og omsorgstjenestene. Et sentralt spørsmål er om det bør være større likhet i løsningsalternativer som velges. Et syn er at det må lages større flersengsløsninger med adekvat utstyr og kompetanse, som kan være et tilbud for flere. Mange steder vil dette forutsette sentraliserte, interkommunale løsninger, som vil gi betydelig reisetid for mange brukere. Forsvarere av små lokale løsninger, gjerne ved et sykehjem, peker på at målgruppen oftest er eldre og skrøpelige som trenger kjent miljø og pårørende rundt seg. Brudd i dette kan være en belastning som overgår merverdien ved større løsninger. Sentralisering fører til et enda mer oppstykket pasientforløp. Det er eksempler på interkommunale løsninger der tilbudet nærmest ikke brukes av innbyggerne i randkommunene. Regjeringen mener det er positivt at ulike løsninger prøves ut.

31.2 Vurdering og veien videre

Ny akuttmedisinforskrift

Regjeringen vil styrke kvaliteten og innføre strengere krav til legevaktstjenesten. Regjeringen vurderer at allmennleger som hovedregel er best kvalifisert til å ha legevakt. Legevaktmedisin er en viktig del av allmennmedisinen, og allmennmedisinske premisser og arbeidsmåter bør ligge til

grunn for legevaktarbeidet. Det er en fordel at den som har legevakt, har god kjennskap til lokale forhold. Bruk av vikarer uten slik lokal kunnskap bør være minst mulig. Det er derfor et mål at flest mulig av fastlegene deltar regelmessig i legevakt.

Ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) trådte i kraft 1. mai 2015. Den reviderte forskriften stiller krav til minimumskompetanse for leger som skal ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt. Legen må enten være spesialist i allmennmedisin, eller allmennlege med gjennomført tre års veiledet tjeneste med minimum ett år i allmennmedisin, eller lege som opprettholdt retten til trygderefusjon da forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger trådte i kraft 1. januar 2006 (dvs. erfarne fastleger/legevaktleger), eller lege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste og hatt minst 40 legevakter (dvs. leger med andre spesialiteter enn allmennmedisin med erfaring fra legevakt). Det vil være en overgangsordning på tre år for å oppfylle kravene til grunnkompetanse. Kommunen får plikt til å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene. Det er også tatt inn en bestemmelse om mulighet for å gjøre unntak fra kompetansekravene i kommuner der det ikke er mulig å skaffe leger som tilfredsstiller kravene.

I forskriften stilles også krav til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, med en overgangsordning på fem år. Videre kreves at legevaktssentralene skal bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør. I praksis vil dette oftest være en erfaren sykepleier. 85–90 pst. av operatørene ved legevaktssentralene har sykepleierkompetanse i dag.

I forskriften stilles det krav til svartid på telefon ved legevaktssentralene. Kravet er det samme som for fastlegekontorene og innebærer at 80 pst. av henvendelsene normalt skal besvares innen to minutter.

Forskriften legger til rette for innføring av et nasjonalt telefonnummer til de kommunale legevaktssentralene (116117). Den tydeliggjør i tillegg krav til samhandling og samarbeid mellom legevaktstjenesten og andre virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester.

Videre utvikling av legevakten må bl.a. skje på grunnlag av erfaringer med den reviderte forskriften, akuttutvalgets delrapport fra 31. oktober 2014

og utvalgets endelige rapport som kommer høsten 2015.

Fra legevakt til helsevakt

Forsvarlige tjenester når det haster forutsetter et godt samvirke mellom en rekke deltjenester; fastlegene, omsorgstjenestene, legevakt og legevakt-sentralene, kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud, ambulansetjenesten, AMK-sentralene, distriktpsikiatriske sentre (DPS), ambulante team og sykehus. Ansvaret for disse tjenestene er delt mellom staten ved de regionale helseforetakene og kommunene. Gode løsninger forutsetter et nært samarbeid mellom helseforetak og kommunene regionalt og lokalt. Regjeringen vil bidra til dette gjennom sin styring av de regionale helseforetakene og ved å gi kommunene rammevilkår for gode løsninger. Kommunereformen er et viktig bidrag til å bedre rammevilkårene.

Kommunens planplikt og plikt til å inngå samarbeidsavtaler, som bl.a. skal omfatte beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden, må følges opp. Avtalene bør beskrive hvordan partene vil samarbeide om å utvikle en sammenhengende kjede, hvordan partene legger til rette for at personellet får trening i samhandling, og hvordan de øvrige kravene i akuttmedisinforskriften skal ivaretas. Det juridiske grunnlaget for samplanlegging er dermed til stede. Det vil bli utarbeidet en veileder til den nye akuttmedisinforskriften som vil drøfte denne problemstillingen.

Regjeringen vil spesielt peke på at gode løsninger forutsetter at det tas hensyn til lokale rammevilkår, og at den enkelte kommune ser og planlegger sine deltjenester samlet. Mange steder vil det være ønskelig å trekke inn andre nødetater og frivillige organisasjoner for å få på plass et tilfredsstillende tilbud. Avhengigheten av dette samvirket for å lykkes gjør at det kan være mer meningsfullt for kommunene å snakke om helsevakt enn legevakt.

De hjemmebaserte tjenestene er godt utbygd i Norge og har brukere som trenger tjenester hele døgnet. Regjeringen mener hjemmetjenestenes potensial ikke er fullt utnyttet og vil arbeide for å styrke de hjemmebaserte tjenestene og deres samarbeid med øvrige helsetjenester slik at de kan håndtere mer komplekse tilstander. Det vil innebære at flere fastlege- og andre helsepersonellressurser kan følge opp pasientene hjemme i samarbeid med hjemmesykepleiere og andre i hjemmetjenesten, eventuelt i form av egne team for de mest skrøpelige. Som del av oppfølgingen av de mest skrøpelige med hyppige innleggelse bør det etableres planer for hvem som kontaktes

Boks 31.2 Kommunalt øyeblikkelig hjelp-team i Østre Agder

Teamet skal bidra til:

- å intervensere i hjemmet på lavere behandlingsterskel for å avverge senere akutte innleggelse på sykehus
- å redusere uønskede følger av sykehusinnleggelse, særlig for eldre pasienter (funksjonstap, forvirring, iatrogene lidelser), som igjen kan medføre reinnleggelse
- å styrke fastlegens medvirkning i den akuttmedisinske fasen av pasientforløpet
- kompetanseutvikling og effektiv samhandling i kommunehelsetjenesten
- riktig bruk av døgnenheten

når noe skjer. Den som kjenner pasienten kan vurdere pasienten før eller istedenfor legevakt, og eventuelt stå for oppfølgingen etter vurdering av legevakt. En faglig styrket hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste kan være et viktig supplement til legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Ved godt samarbeid mellom disse tjenestene kan det etableres alternativ til innleggelse i sykehus eller et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Forskning viser at behandling hjemme kan gi like gode eller endog bedre resultater enn innleggelse på institusjon. Det gjelder f.eks. ved forverring hos kolspasienter. Ved behandling i eget hjem unngås transport og miljøskifte som kan være en betydelig helsepåkjenning. Med utgangspunkt i sin følgeforskning på samhandlingsreformen (Norges forskningsråd 2014) har Anders Grimsmo, professor i samfunnsmedisin ved NTNU, stilt spørsmålet om man ved innleggelse i sykehus eller i kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud oppnår bedre og mer helhetlige pasientforløp, eller bare en ytterligere og unødvendig oppsplitting av tjenestetilbudet.

Kommunesamarbeidet i Østre Agder, bestående av kommunene Gjerstad, Risør, Åmli, Vegårshei, Tvedestrand, Arendal, Grimstad og Froland, har i tillegg til øyeblikkelig hjelp-døgntilbud utviklet et behandlingstilbud som utfyller et institusjonsbasert sengetilbud. Tilbudet består av et team som umiddelbart kan trå til å etablere et forsterket tilbud i pasientens hjem (boks 31.2).

Som beskrevet tidligere vil plikten til å ha et øyeblikkelig hjelp døgntilbud iverksettes 1. januar 2016, og vil fra 2017 også omfatte pasienter og brukere med psykiske lidelser og rusproblemer.

Vold og overgrep

Overgrepsmottak har fra 2005 vært forankret i kommunal eller interkommunal legevakt, og i samtlige fylker er det opprettet minst ett overgrepsmottak. Rundt én tredjedel av til sammen 24 mottak er i dag knyttet til sykehus. En evaluering av overgrepsmottakene utført av Nordlandsforskning i 2012 viste store variasjoner i kapasitet, kvalitet og kompetanse mellom landets mottak, og avdekket uklarhet i ansvarsforhold, både mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom helsetjenesten og politiet.

Gjennom behandling av Prop. 1 S (2014–2015) er det besluttet at helsetjenester til volds- og overgrepssatte integreres i de ordinære tjenestene fra 2016. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten får hovedansvar for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep. Eksisterende, robuste kommunale overgrepsmottak skal videreføres gjennom avtaler mellom regionale helseforetak (spesialisthelsetjenesten) og kommuner. Dagens praksis, der helsetjenesten utfører rettsmedisinske undersøkelser som bistand til politiets arbeid der forholdet er anmeldt, skal videreføres.

Det forutsettes at de fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner uten at det samtidig foreligger et seksuelt overgrep, tas hånd om av legevaktstjenesten slik praksis er i dag. Kommunal, eventuelt interkommunal, legevakt er den akuttjenesten som oftest er geografisk nærmest brukerne. Uavhengig av hvordan tjenester til over-

grepssatte organiseres, vil legevakten være en inngangsport for å søke hjelp, også for personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Legevakten vil behandle de akutte tilstandene som vanligvis tas hånd om på legevakt, og henvise videre ut fra behov og forsvarlighetshensyn. Etter akuttfasen vil det meste av medisinsk og psykososial oppfølging skje lokalt. I den nye akuttmedisinforskriften er det tatt inn krav om at leger som har legevakt alene uten bakvakt, skal ha gjennomgått kurs i håndtering av vold og overgrep.

Boks 31.3 Regeringen vil:

- Innføre plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter med somatiske sykdommer fra 2016, og for pasienter og brukere med psykiske lidelser og rusproblemer fra 2017.
- Helsedirektoratet skal revidere veilederen for etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud til også å gjelder pasienter og brukere med psykiske lidelser og rusproblemer.
- Styrke kompetansen om vold, overgrep og akuttmedisin i legevakt. Den nye akuttmedisinforskriften stiller krav om at leger som skal ha legevakt alene uten bakvakt, og helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

32 Økonomiske og administrative konsekvenser

Stortingsmeldingen gir et overordnet innblikk i status og utfordringer og gir en politisk retning for den videre utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den inneholder forslag om nærmere utredninger og forslag om enkelte tiltak på både kort og lang sikt. Utredningsarbeider skal i stor grad gjøres innenfor gjeldende rammer. Tiltak på kort sikt er ivaretatt i Stortingets vedtak om budsjett for 2015, og skal på ordinær måte drøftes i budsjettprosesser for 2016 og i resten av regjeringsperioden. Tiltak som har økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene og private næringsdrivende helsepersonell, følges opp i tråd med gjeldende regler og praksis. I enkelte tilfeller kan det være aktuelt å drøfte økonomiske konsekvenser i forbindelse med takstforhandlinger og andre partssammensatte arenaer.

Meldingen beskriver behovet for endringer og gir føringer for videre utvikling av tjenesten som i stor grad er å anse som en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten. Disse forutsettes iverksatt innenfor gjeldende økono-

miske rammer. Eksempler på dette er systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet og ledelse av tjenestene. Tiltak på lengre sikt som berører ansvarforhold mellom kommuner og sykehus, vil kunne drøftes videre i forbindelse med kommune-reformen.

Når det gjelder konkrete tiltak som foreslås i meldingen som har økonomiske konsekvenser, omhandler dette i stor grad kompetanseområdet. Ett eksempel er lovfesting av krav til kompetanse i kommunene. Dette er spørsmål som vil måtte avklares i ordinære budsjettprosesser og fremmes for Stortinget i de årlige budsjettprosesser.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 7. mai 2015 om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet blir sendt Stortinget.

Litteratur

- Agenda Kaupang (2012): En naturlig avslutning på livet. Mer helhetlig pasientforløp i samhandlingsreformen. Palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet. Agenda Kaupang, rapport 7543.
- Amundsen, E. J. (red.) (2010): Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang. Statens institutt for rusmiddelforskning, rapport nr. 4/2010.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. (2004): Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4: 37.
- Askim, T., Rohweder, G., Lydersen, S. m.fl. (2004): Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 18(3): 238–48.
- Austevoll-Dahlgren, A., Johansen, M. (2013): Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*, 23(2): 225–30.
- Bakerjian, D. (2008) Care of nursing home residents by advanced practice nurses: A review of the literature. *Research in Gerontological Nursing*, 1 (3): 177–85.
- Bang Nes, R., Clench-Aas, J. (2011): Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 2011:2.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013): Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016).
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014): En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017).
- Barneombudet (2014): Helse på barns premisser. Barneombudet, fagrapport 2013.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M. m.fl. (2012): Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836): 37–43.
- Beaulieu, M.-D., Haggerty, J., Tousignant, P. m.fl. (2013): Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *Canadian Medical Association Journal*, 185(12): E590-E6.
- Behm, L., Wilhelmson, K., Falk, K. m.fl. (2014): Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3): 376–83.
- Berg, B (2014): Dobbelt sårbar – minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn. I Tøssebro, J. og Wendelborg, C. (red.). Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bing-Jonsson, P. C. (2014): Nursing Older People – Competence Evaluation Tool. Development and psychometric evaluation of an instrument measuring community-based nursing staff competence. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Bodenheimer, T. (2008): Coordinating Care – A Perilous Journey through the Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, 358(10): 1064–71.
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Hansen, E. H. m. fl. (2014): Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32(3): 132–8.
- Braut, G. S. (2005): Utviklinga av eldreomsorga – velferd i brytinga mellom sjukepleie og forvaltning. I Nord, R., Eilertsen, G.E., Bjerkreim, T. (red.). Eldre i en brytningstid. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brevik, I. (2014): Herre i eget hus. Muligheter til å etablere seg i egen bolig for unge funksjonshemmede med tjenester. *Brelanta Analyse*, rapport 2014:1.
- Bye, E. K., Rossow, I. (2010): The impact of drinking pattern on alcohol related violence among adolescents: an international comparative analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29(2): 131–7.
- Baaske, M., Bringedal, K. H., Halvorsen, H. E. m.fl. (2013): Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud: kartlegging av status og erfaringer

- ger ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. Deloitte.
- Campbell, S. M., Hann, M., Hacker, J. m.fl. (2001): Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*, 323(7316): 784–7.
- Casas, A., Troosters, T., Garcia-Aymerich, J., m.fl. (2006): Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *European Respiratory Journal*, 28(1): 123–30.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M. m.fl. (2003): Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review. *Psychological Medicine*, 33(3): 395–405.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. m.fl. (2009): Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*, 28(1): 75–85.
- Cramer, V. (2014): Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst, prosjektrapport 2014–1.
- De Maeseneer, J., van Weel, C., Egilman, D. m.fl. (2008): Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *British Journal of General Practice*, 58(546): 3–4.
- Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, 1978.
- Delamaire, M., Lafortune, G. (2010): Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Papers, No. 54. Paris: OECD Publishing.
- Diaz, E., Calderón-Larrañaga, A., Prado-Torres A. m.fl. (2015): How do immigrants use primary healthcare services? A register-based study in Norway. *European Journal Public Health*, 25(1): 72–8.
- Diez, E., Morrison, J., Pons-Vigués, M. m.fl. (2014): Municipal interventions against inequalities in health: The view of their managers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(6): 476–87.
- Daatland, S. O. (red.) (2014): Boliggjøring av eldreomsorgen. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Høgskolen i Oslo og Akershus, rapport 16/2014.
- Ebrahimi, Z., Dahlin-Ivanoff, S., Eklund, K. m.fl. (2015): Self-rated health and health-strengthening factors in community-living frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4): 825–36.
- Effing, T., Monninkhof, E. M., van der Valk, P. m.fl. (2007): Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4): CD002990.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M. m.fl. (2001): Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323(7315): 719–25.
- European commission (2014): Expert panel on effective ways of investing in health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems.
- Fossestøl, K., Skarpaas I. (2013): Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten. En evaluering. Arbeidsforskningsinstituttet, rapport 2013:8.
- Gabriel, S. E., Normand, S. L. (2012): Getting the methods right – the foundation of patient-centered outcomes research. *The New England Journal of Medicine*, 367(9): 787–90.
- Gabrielsen, E., Lundetræ K. (2014): Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien Forskning*, 2014;9(1): 26–34.
- Gartner (2014): Engagement for the Norwegian Directorate of Health – Commissioned by the Ministry of Health and Care Services. Rapport for Helsedirektoratet.
- Garåsen, H., Windspoll, R., Johnsen R. (2008): Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2): 197–204.
- Gaski, M., Abelsen, B. (2013): Forsterket legetjeneste i kommunene. Virkninger for kommunene av ny fastlegeforskrift. Northern research institute Alta, rapport 2013:8.
- Gjelsvik, R. (2004): Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol. Program for helseøkonomi i Bergen, notatserie i helseøkonomi nr. 07/04.
- Grimsmo, A. (2013): Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 2013;8: 148–55.
- Grøvdal, Y. (2013): Mellom frihet og beskyttelse? Vold og seksuelle overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming – en kunnskapsoversikt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, rapport 2/2013.
- Gråwe R. W., Hatling T., Ruud T. (2008): Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007. SINTEF, rapport A6169.

- Guthrie, B., Payne, K., Alderson, P. m.fl. (2012): Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*, 4;345:e 6341.
- Haugland, S., Misvær, N. (red.) (2014): Håndbok for skolehelsetjenesten. Oslo: Kommuneforlaget.
- Haugum, M., Bjertnæs, Ø. A., Iversen, H. H. m.fl. (2013): Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, rapport nr. 16-2013.
- Haugum, M., Bjertnæs, Ø. A., Lindahl, A. K. (2014): Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten i 2014 og endringer over tid: undersøkelser med basis i Gallup-panelet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, notat.
- Haugum, M., Iversen H. H. (2014): Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2014. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, PasOpp-rapport nr. 6-2014.
- Helgesen, M. K. (2007): Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene. Norsk institutt for by- og regionforskning, rapport 2006:21.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Demensplan 2015 – Den gode dagen. Delplan til Omsorgsplan 2015.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013): Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013): NCD-strategi 2013–2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft.
- Helsedirektoratet (2012): Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Rapport IS-1947.
- Helsedirektoratet (2013): Treårige satsinger innen samiske helse- og omsorgstjenester (2010–2012). Rapport IS-2052.
- Helsedirektoratet (2014): Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014–2016). IS-2179.
- Helsedirektoratet (2014): Nasjonalt personellbilde – personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Rapport IS-2248.
- Helsedirektoratet (2015): Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren. Rapport IS-2302.
- Helsedirektoratet (2015): Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene. Rapport IS-2278.
- Helsedirektoratet (2015): Samhandlingsstatistikk 2013–14. Rapport IS-2245.
- HelseOmsorg21 (2014): Et kunnskapsløft for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorg, rapport 2014.
- Helsetilsynet (2005): Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere. Helsetilsynet, rapport 4/2005.
- Helsetilsynet (2014): Årsrapport 2013 fra Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet (2014): Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv. Statens helsetilsyn, rapport 2/2014.
- Helsetilsynet (2014): Tilsynsmelding 2013.
- Helsetilsynet (2015): Tilsynsmelding 2014.
- Heløe, L. Arne (2013): Fra fagstyre til kommunestyre. *Michael* 2013;10:137–48.
- Holen, S., Waagene, E. (2014): Psykisk helse i skolen. Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse blant lærere, skoleledere og skoleeiere. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, rapport 9/2014.
- Høyskolen i Oslo og Akershus: Satser på kostholdsapp for innvandrerkvinner. <http://www.hioa.no/News/Satser-paa-kostholdsapp-for-innvandrerkvinner> (lesedato 19.3.2015).
- Isdal, P. (2000): Meningen med volden. Oslo: Kommuneforlaget.
- Johansen, I., Lindbæk, M., Stanghelle, J. K. m. fl. (2012): Structured community – based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study. *Disability and Rehabilitation*, 34(24): 2039–46.
- Jonassen W., Sandmoe, A. (2012): Overgrep mot eldre i Norge – erfaringer og løsningsstrategier. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, rapport 3/2012.
- Justis- og beredskapsdepartementet (2013): Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014–2017).
- Justis- og beredskapsdepartementet (2014): Handlingsplan mot radikaliserings- og voldelig ekstremisme.
- Kallehauge, J. G., Andersen, M. S., Jensen, L. (2012): Rehabilitering ved demenssygdom. Sundhetsmessige, sociale og omgivelsesmessige insatser. København: Munksgaard.

- Kalseth, J., Pettersen, I., Kalseth, B. (2008): Psykisk helse i kommunene tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden. SINTEF, rapport A8823.
- Kjøllestad, J. G., Iversen, H. H. (2014): Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, rapport nr. 9–2014.
- Kloppen, K., Rønneberg, A., Espelid, I. m.fl. (2010): Tannhelsetjenesten – en viktig samarbeidspartner og informant for barnevernet når barn utsettes for omsorgssvikt og mishandling. Norges barnevern, 87(4): 224–30.
- Kruse, A. E., Bergman, S. (2014): «Jeg kan jo ikke kalle det noe annet enn vold...» En forskningsoversikt og en intervjustudie om mødres vold mot barn. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, rapport 4/2014.
- Lappegard, O., Hjortdahl, P. (2013): The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. BMC family practice 14:87.
- Le, C. (2013): Når er «litt norsk» for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, rapport 2/2013.
- Leff, B., Burton, L., Guido, S. m.fl. (1999): Home Hospital Program: A Pilot Study. Journal of American Geriatrics Society, 47(6): 697–702.
- Lyratzopoulos, G., Neal, R. D., Barbiere, J. M. m.fl. (2012): Variation in the number of general practitioner consultations before hospital referral for cancer: findings from the 2010 National Cancer Patient Experience Survey in England. The Lancet Oncology, 13(4): 353–65.
- Mair, F. S., May, C. R. (2014): Thinking about the burden of treatment. BMJ, 349: g6680.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S. m.fl. (2011): Bedre føre var – Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 2011:1.
- Matiz, L. A., Peretz, P. J., Jacotin, P.G. m.fl. (2014): The Impact of Integrating Community Health Workers Into the Patient-Centered Medical Home. Journal of Primary Care & Community Health, 5(4): 271–4.
- Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 9 (2012–2013). En innbygger – én journal. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve. Justis- og beredskapsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 12 (2014–2015) Utviklingsplan for kapasitet i kriminalomsorgen. Justis- og beredskapsdepartementet.
- Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter 2015. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Miller-Matero, L. R., Dubaybo, F., Ziadni, M. S. m.fl. (2014): Embedding a Psychologist Into Primary Care Increases Access to Behavioral Health Services. Journal of Primary Care & Community Health, 6 (2): 100–4.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2014): Jo før – jo bedre. Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle.
- Mykland, L. (2010): Håndbok for brukere av statsarkivene. Riksarkivarens skriftserie 19. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., Mathiesen, K. S. (2009): Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 2009:8.
- Myrvold T. M., Helgesen, M. K. (2009): Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. Norsk institutt for by- og regionforskning, rapport 2009:4.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse og Akershus universitetssykehus (2014): Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?
- National Voices (2014): The Narrative for Person centred Coordinated Care. London: National Voices.

- Nielsen, K. B., Langberg, H., Rasmussen, S. R. (2013): Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. Litteraturgennemgang. København: Socialstyrelsen.
- Nome, S. (2014): The Burden of mental health in a period with profound organizational and ideological changes during two decades. A prospective longitudinal clinical study of the utility of beds, mortality, and causes of death in a psychiatric hospital with sector responsibility. Doktoravhandling. Klinisk institutt 1. Universitetet i Bergen.
- Nordin, L. J., Willoch E. (2013): Nettverksarbeid på sykehjem: En erfaringsbasert veileder fra Ammerudhjemmet bo- og kultursenter. Ammerudhjemmet bo- og kultursenter/Kirkens Bymisjon Oslo.
- Norges forskningsråd (2014): Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVA-SAM). Oslo: Forskningsrådet.
- Norsk Ergoterapeutforbund (2015): Temanummer om demens. Ergoterapeuten 1–2015.
- Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (2014): Ungdata. Nasjonale resultater 2013, rapport 10/14.
- NOU 1979: 28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Oppgave- og ansvarsfordeling. Finansieringsordning.
- NOU 1985: 34 Levekår for psykisk utviklingshemmede.
- NOU 1997: 2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.
- NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.
- NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg.
- NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendesorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert.
- NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd.
- Nystad, T., Melhus, M., Lund, E. (2008): Sami speakers are less satisfied with general practitioners' services. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(1): 114–21.
- OECD (2010): Nurses in advanced roles: a description and evaluation of practices in 13 developed countries. Health working paper no. 54. OECD Publishing.
- OECD (2014): OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards. OECD Publishing.
- Olsvik, V. M. (2010): Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne – en kunnskapsoversikt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S. m.fl. (2012): Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemte? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henviset til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3): 234–9.
- Ose, S. O., Slettebak, R. (2013): Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. SINTEF, rapport A25247.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L. (2015): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF, rapport 26582.
- Ot.prp. nr. 36 (1967 – 68). Om lov om sykehus m.v.
- Ottvall Hammar, I., Dahlin-Ivanoff, S., Wilhelmson, K. m.fl. (2014): Shifting between self-governing and being governed: a qualitative study of older persons' self-determination. *BMC Geriatrics*, 14(1): 126.
- Pallesen, S., Hanss, D., Mentzoni, R. A. m.fl. (2014): Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2013. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7 (2014): Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24–7, 2011–2013.
- Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O. m.fl. (2015): Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *The Lancet*. publisert online 4.2.2015.
- Raknes, G., Hunskår, S. (2013): Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. *Utposten*, 6:6–9.
- Rambøll (2012): Helsetilbud til ungdom og unge voksne. Helsedirektoratet, rapport IS-2044.
- Rambøll (2014): Rapportering på kommunalt rusarbeid 2013.
- Rambøll (2014): Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering. Helsedirektoratet, rapport IS-0429.
- Ramm, J. (red.) (2013): Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Statistiske analyser 137. Statistisk sentralbyrå.
- Rasmussen, I. Strøm, S., Sverdrup, S. m.fl. (2012): Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner. VISTA Analyse, rapport 2012/41.
- Rehm, J., Baliunas, D., Guilherme, L. G. m.fl. (2010): The relation between different dimen-

- sions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105: 817–43.
- Reuben, D. B., Tinetti, M. E. (2012): Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm. *The New England Journal of Medicine*, 366(9): 777–9.
- Riksrevisjonen (2013): Riksrevisjonens undersøkning av kommunane si styring og kontroll med tenester med nasjonale mål. Dokument 3:7 (2012–2013).
- Roland, M., Paddison, C. (2013): Better management of patients with multimorbidity. *BMJ*, 346: f2510.
- Romøren, T. I. (2007): Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg? *Aldring og Livsløp* nr. 1/2007.
- Rossow, I., Pape, H., Baklien, B. (2010): Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. Statens institutt for rusmiddelforskning, rapport nr. 5/2010.
- Rumball-Smith, J., Wodchis, W. P., Koné, A. m.fl. (2014): Under the same roof: co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management. *BMC Family Practice*, 15: 149.
- Rønneberg, A. (2011): -Kan tannhelsetjenesten være en viktig samarbeidspartner i forbindelse med omsorgssvikt og barnemishandling? *Paidos*, 29(2): 74–5.
- Rønning, R., Knutagard, M. (2015): *Innovation in Social Welfare and Human Services*. Routledge.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A. m.fl. (2013): Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13: 121.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A. m.fl. (2015): Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15: 86.
- Sandvik, H., Hunskaar, S., Diaz, E. (2012): Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Services Research*, 12:308.
- Schober, M., Affara, F. (2006): *Advanced nursing practice*. London: Blackwell Publishing.
- Schyve, P.M. (2007): Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. *The Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2: 360–1.
- Shahly, V., Kessler, R. C., Duncan, I. (2014): Work-site primary care clinics: a systematic review. *Population Health Management*, 17(5): 306–15.
- Shepperd, S., Doll H., Angus, R. M. m.fl. (2009): Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Cmaj*, 180(2): 175–82.
- Sjetne, I. S., Skudal, K. E., Haugum, M. m.fl. (2014): Commonwealth Funds undersøkelse i 2014 blant personer i aldersgruppe 55 år eller eldre: Resultater fra Norge og ti andre land. Kunnskapscenteret, rapport nr. 21–2014.
- Skretting, A., Bye, E. K., Vedøy, T. F. m.fl. (red.) (2014): *Rusmidler i Norge 2014*. Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet. Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Skudal, K. E., Holmboe, O. (2012): Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2011. Institusjonsvise resultater. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, PasOpp-rapport nr. 5–2012.
- Skår, Å., Juvet, L., Smedslund, G., m.fl. (2014): Livets slutfase – om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, systematisk oversikt nr. 19–2014.
- St.meld. nr. 85 (1970–71). Om helsetjenesten utenfor sykehus. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 9 (1974–75). Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 67 (1986–87). Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1996–97). Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 21 (1998–99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 18 (2004–2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 25. (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

- St.prp. nr. 1 (2007–2008), kap. 9 Nasjonal strategi forhabilitering og rehabilitering 2008–2011.
- Stanik-Hutt, J., Newhouse, R.P., White, K.M. m.fl. The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(8): 492–500.e13.
- Starfield, B. (2011): Quality of care: Principles applicable to primary care. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, undervisningsmaterieell.
- Stijnen, M. M. N., Jansen, M. W. J., Duimel-Peeters, I. G. P. m.fl. (2014): Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Family Practice*, 15: 173.
- Storesund, A. (2005): Akutt sykkelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860–1900. Michael 1/2005, kap.7.
- Suurmond, J., Uiters E., de Bruijne M. C., m.fl. (2011): Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11: 10.
- Thoresen, S., Hjemdal O. K. (red.) (2014): Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, rapport 1/2014.
- Tinetti, M. E., Fried, T. R., Boyd, C. M. (2012): Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition–Multimorbidity. *The Journal of the American Medical Association*, 307(23): 2493–4.
- TNS politikk og samfunn (2013): Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten.
- Torvik, F. A., Rognmo, K. (2011): Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 2011:4.
- Tøssebro, J., Wendelborg, C. (red.) (2014): Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tuntland, H., Ness, N. E. (2014): Hva er hverdagsrehabilitering? I Tuntland H og Ness NE (red.). Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- U.S. Department of Health & Human Services (2012): Patient centered medical home. Agency for Healthcare Research and Quality 2012.
- U.S. Department of Health and Human Services (2014): Agency for Healthcare Research and Quality. Patient centered medical home Washington.
- Uldum, B., Christensen, H. N., Welbury, R. m.fl. (2010): Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(5): 361–5.
- van Dijk, C. E., Verheij, R. A., Hansen, J. m.fl. (2010): Primary care nurses: effects on secondary care referrals for diabetes. *BMC Health Services Research*, 10: 230.
- Voksne for barn (2014): Barn i Norge 2014. Når barn er pårørende. Rapport 2014.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M. m.fl. (2011): Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British journal of psychiatry*, 199(6): 453–8.
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B. m.fl. (2015): Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*, 350: h176.
- WHO (a): WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (lesedato 21.4.2015).
- WHO (b): Main terminology. WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology> (lesedato 19.3.2015).
- Øverlien, C. (2010): Barn som opplever vold i hjemmet – Kunnskapsstatus. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Husum, T. L. m.fl. (2013): Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen. SINTEF, A23869.
- Aarvold, T. (2008): Hvilke hindringer møter unge som vil søke hjelp hos sin fastlege? Masteroppgave. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Linda Astor/Grafisk Form AS

Trykk: 07 Aurskog AS – 05/2015

