



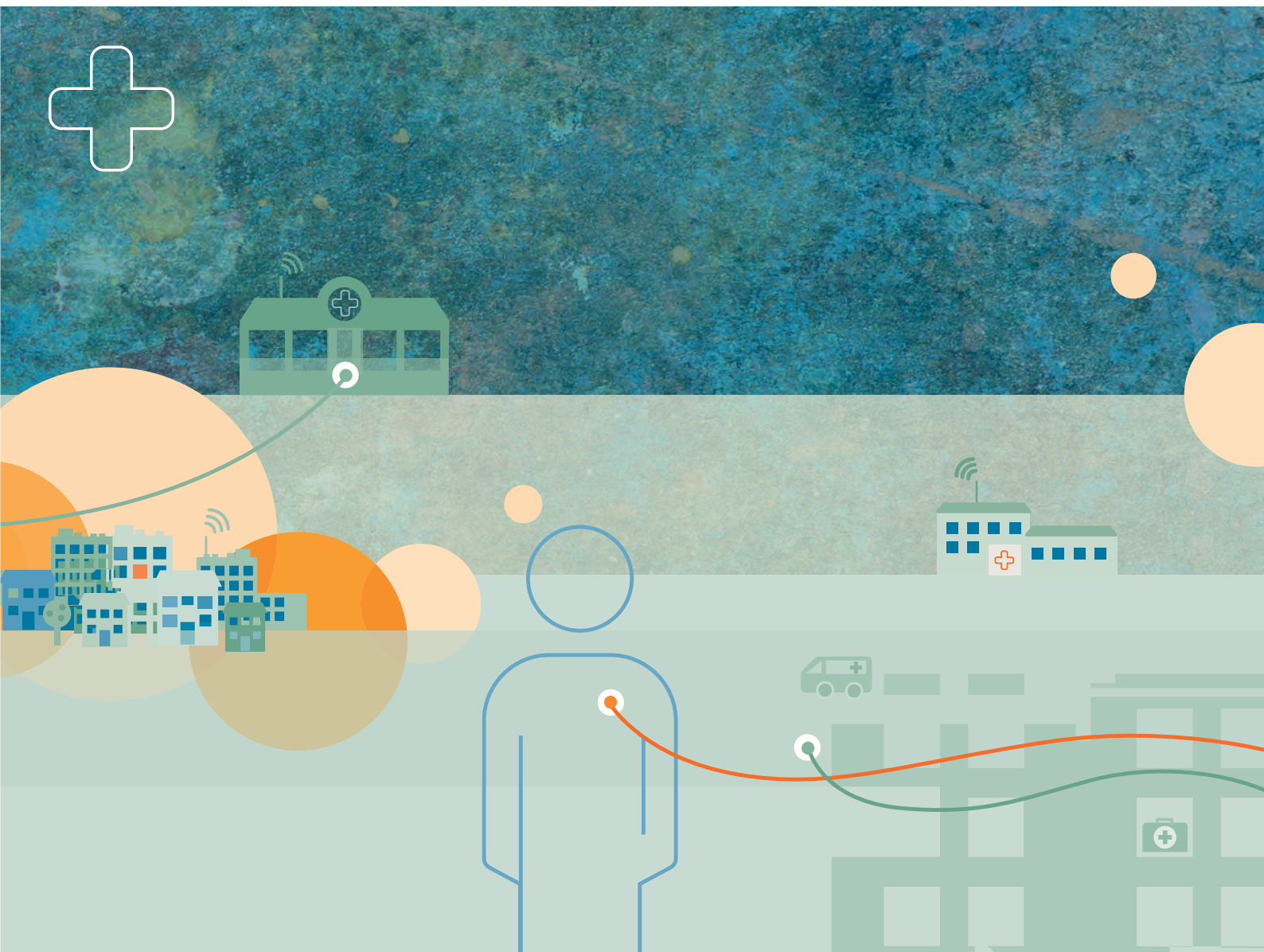
DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023



Alle bilder brukt i stortingsmeldingen er illustrasjonsfoto og ikke reelle situasjoner.
Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å takke ansatte, pasienter, pårørende, Ungdomsrådet på
St. Olavs hospital og studenter ved NTNU for bistand i forbindelse med fotograferingen.



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan
2020–2023

Innhold

1	Pasientens helsetjeneste	7	4.2.3	Metodikk for å utarbeide gode pasientforløp	39
1.1	Hvor vil vi?	7	4.2.4	Gode rutiner for henvisning, innleggelse og utskrivning	40
1.2	Hvordan skal vi få det til?	8	4.3	Nærmere om prioriterte pasientgrupper	42
1.3	Hva er viktig for deg?	9	4.3.1	Barn og unge	43
1.4	Formålet med Nasjonal helse- og sykehusplan	10	4.3.2	Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer	45
1.5	Nasjonale helse- og sykehusplan i den samlede helse- og omsorgspolitikken	10	4.3.3	Skrøpelige eldre	45
2	Utfordringer og muligheter	14	4.3.4	Personer med flere kroniske lidelser	47
2.1	Innledning	14	4.4	Utadvendte sykehus	48
2.2	Utfordringer	14	4.4.1	Spesialisthelsetjenester i hjemmet	49
2.3	Muligheter	16	4.4.2	Spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunen	51
3	Pasienten som aktiv deltaker ...	18	4.4.3	Sykehus i nettverk – kultur for deling og fellesskap	51
3.1	Innledning	18	5	Psykisk helsevern	53
3.2	Helsekompetanse og opplæring ...	18	5.1	Innledning	53
3.2.1	Strategi for å øke helsekompetanse	18	5.2	Om pasientene og tjenestene	54
3.2.2	Tjenester til den samiske befolkningen	18	5.3	Utfordringsbildet	57
3.2.3	Pasient- og pårørendeopplæring i spesialisthelsetjenesten	19	5.4	Avklare kapasitetsbehov og organisering	59
3.3	Brukermedvirkning	20	5.5	Prioritere kvalitet og fagutvikling .	59
3.3.1	Samvalg	20	5.5.1	Styrke brukermedvirkning og kunnskap om brukernes opplevelser	60
3.3.2	Brukermedvirkning i utviklingen av tjenestene	21	5.5.2	Mer kunnskap om variasjon, anbefalt behandling og utfall av behandling	61
3.4	Kommunikasjon	22	5.5.3	Raskere innføring av nye arbeidsformer og metoder	62
3.4.1	Klart språk	22	5.6	Videreutvikling av tjenestene	64
3.4.2	Tolketjenester	23	5.6.1	Bedre bruk av digitale tjenester ...	64
3.4.3	Digitale innbyggertjenester	23	5.6.2	Samarbeid om henvisninger og avklaring av tjenestetilbud	65
4	En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste	26	5.6.3	Mer teambaserte arbeidsformer ...	65
4.1	Fra parter til partnere	26	5.6.4	Samarbeid om arbeid og helse	66
4.1.1	Etablering av helsefellesskap	27	5.6.5	Tettere integrering av avtalespesialister	67
4.1.2	Bedre felles planlegging	31	5.7	Tjenester til brukere med alvorlige og sammensatte behov...	67
4.1.3	Hvilke pasientgrupper bør det planlegges for i fellesskap?	32	5.7.1	Pasienter med samtidige alvorlige psykiske lidelser, somatisk sykdom og rusmiddel-avhengighet	68
4.1.4	Behov for lokale tilpasninger	34	5.7.2	Pasienter med autisme, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser	68
4.1.5	Samhandling på nasjonalt og regionalt nivå	37			
4.1.6	Kultur for samarbeid – en forutsetning for å lykkes	37			
4.2	Tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter	38			
4.2.1	IKT-systemer som understøtter informasjonsdeling	38			
4.2.2	Mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell	38			

5.7.3	Pasienter i sikkerhetspsykiatri	69	7.3.1	Innledning	96
5.7.4	Innsatte i fengsler	69	7.3.2	Hvilken betydning kan kunstig intelligens ha for spesialisthelse- tjenesten?	97
5.7.5	Forebygging av kriser og redusert og skånsom bruk av tvang	69	7.3.3	Hvordan sikre en trygg innføring av kunstig intelligens i spesialist- helsetjenesten?	98
5.8	Tjenester til barn og unge med psykiske lidelser	70	7.3.4	Deling og bruk av helsedata for å kunne tilby bedre helse- og omsorgstjenester	98
5.8.1	Om barn og unge og deres behov	70	7.4	Persontilpasset medisin	99
5.8.2	Utfordringer	72	7.4.1	Ny kunnskap gir store nye muligheter	99
5.8.3	Styrking av samarbeidet rundt inntak	73	7.4.2	Legge til rette for innføring av nye diagnostiske verktøy	100
5.8.4	Tydeligere oppgavedeling og felles ansvar	73	7.4.3	Legge til rette for kunnskaps- utvikling og metodevurdering	101
5.8.5	Styrke tilbudet til barn og unge med alvorlige eller langvarige vansker	74	7.4.4	Utrede registerløsninger	101
5.9	Rekrutteringsutfordringer	75	7.5	Kultur for innovasjon og deling	102
6	Akuttmedisinske tjenester	77	8	Digitalisering – en forutsetning for pasientens helsetjeneste	104
6.1	Innledning	77	8.1	Innledning	104
6.2	Status for akuttmedisinsk beredskap	77	8.2	Mål for digitaliseringen	106
6.3	Oppfølging av NOU 2015: 17 Først og fremst	78	8.3	Status for digitalisering	107
6.4	En sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede ..	79	8.4	Hvilke digitaliseringstiltak er de viktigste å gjennomføre?	110
6.4.1	Innledning	79	8.4.1	Modernisering av journalssystemene	110
6.4.2	Medisinsk nødmeldetjeneste og samarbeid med andre nødetater....	80	8.4.2	Videreutvikling av digital infrastruktur og arbeidet med IKT-sikkerhet	111
6.4.3	Bil- og båtambulansen	80	8.4.3	Innføre og utvikle nødvendige nasjonale e-helseløsninger og standarder	112
6.4.4	Luftambulansetjenesten	81	8.4.4	Bedre kvalitet på og tilgang til helsedata	113
6.4.5	Øyeblikkelig hjelptilbudet i kommunene	82	8.4.5	Samordning av helseregionenes IKT-modernisering	113
6.5	Sammen redder vi liv – førstehjelp i befolkningen	83	8.4.6	Understøtte digitaliseringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	115
6.6	Nasjonale kompetansemiljøer	85	8.4.7	Videreutvikle nasjonale virkemidler for styring og samordning på e-helseområdet....	116
6.7	Mer utredning og behandling skjer i akuttmottakene	85	8.5	Gjennomføring	117
6.8	Nye muligheter i den akuttmedisinske kjeden	87	9	Kompetanse	118
7	Teknologi i pasientens helsetjeneste	89	9.1	Innledning	118
7.1	Teknologien endrer tjenesten	89	9.2	Hvor mye og hvilket personell trenger vi?	119
7.2	Bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene	90	9.3	Personell- og kompetansebehov i pasientens helsetjeneste	122
7.2.1	Hva betyr dette for samhandlingen med kommunal helse- og omsorgstjeneste?	94	9.3.1	Personellplanlegging	122
7.2.2	Digitalt er ikke alltid optimalt	95			
7.2.3	Hva kreves av nasjonale virkemidler for å lykkes?	95			
7.3	Kunstig intelligens og bedre bruk av helsedata	96			

9.3.2	Kompetanseplanlegging	122	11	Finansiering i pasientens	
9.3.3	Utvikling av kompetanse for den enkelte	124	11.1	helsetjeneste	151
9.3.4	Kompetanse i team	124	11.2	Innledning	151
9.3.5	Tilstrekkelig handlingsrom og støtte til førstelinjelederne	125	11.3	Kort om finansieringsordningene	151
9.3.6	Tilrettelegging for kompetanseutvikling	125	11.4	Utviklingstrekk de senere årene	151
9.3.7	Utdanning og kompetanseheving	125	11.5	Behov for raskere tilpasning i finansieringsordningene	153
9.4	Satsing på sykepleiere	126		Videreutvikling av finansieringsordningene	153
9.4.1	Planer for å dekke behovet for sykepleiere	127	12	Regionale utviklingsplaner og investeringsplaner i helseforetakene	158
9.4.2	Følge med på behovet for og tilgang på sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten	128	12.1	Oppsummering av regionale utviklingsplaner	158
9.4.3	Spesialsykepleiere i anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK-sykepleie)	128	12.1.1	Helse Nord RHF	158
9.4.4	Revidering av videreutdanninger i ABIOK-sykepleie	128	12.1.2	Helse Midt-Norge RHF	159
9.4.5	Ny videreutdanning for sykepleiere i psykisk helse og rusarbeid	128	12.1.3	Helse Sør-Øst RHF	160
9.4.6	Breddeutdanning i avansert klinisk sykepleie i spesialisthelsetjenesten	129	12.1.4	Helse Vest RHF	160
9.4.7	Geografisk spredt utdannings-tilbud og desentralisert utdanning .	129	12.2	God styring gir rom for investeringer	161
9.5	Satsing på helsefagarbeidere	129	12.2.1	Styring og finansiering av investeringer i sykehus	161
9.5.1	Flere lærlinger i helsefagarbeiderfaget	130	12.2.2	Overordnede krav om rapportering og planer	162
9.5.2	Planer for å dekke behovet for helsefagarbeidere	131	12.3	Gjennomførte investeringer	162
9.6	Tilgang på legekompentanse	131	12.3.1	Tilstandsgrad	163
9.7	Digital kompetanse	132	12.4	Investeringsplaner for perioden 2020–2024	163
9.8	Administrativ kompetanse	134	12.4.1	Krav til gjennomføring	165
9.9	Kompetanseutvikling på tvers	134	12.5	Økt ansvar for det enkelte helseforetak	165
9.10	Deling av kunnskap om simulering	136	12.6	Oppfølging av merknad fra komiteen til behandling av Prop. 83 L (2017–2018) om sykehusgodkjenning	166
9.11	Forskning	136	13	Økonomiske og administrative konsekvenser	167
9.12	Helsepersonell med utdanning fra utlandet	137	13.1	Om bærekraften i helse- og omsorgstjenesten	167
10	Kan ressursene brukes bedre?	139	13.2	Økonomiske og administrative konsekvenser på hovedområder i planen	168
10.1	Innledning	139	13.3	Gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan	169
10.2	Hvordan prioritere bedre?	139			
10.3	Hvordan redusere uønsket variasjon?	140	Vedlegg		
10.4	Hvordan yte tjenester mer effektivt?	143	1	Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap ...	171
10.5	Hvordan redusere pasientskader?	147			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. november 2019,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Pasientens helsetjeneste

1.1 Hvor vil vi?

Nasjonal helse- og sykehusplan er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. I pasientens helsetjeneste er målet at pasienter, pårørende og helsepersonell opplever helse- og omsorgstjenesten slik:

Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Både pasient og pårørende blir sett og hørt – med ord de forstår. Samvalg er det normale, innbyggerne kan kommunisere med tjenesten digitalt, og brukerne medvirker i utforming av tjenesten.

Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Helsepersonell spiller hverandre gode, vet hva neste ledd i pasientforløpet trenger og kan bidra med. Digitale løsninger gjør arbeidshverdagen enklere, ikke vanskeligere. Kommuner og sykehus planlegger og utvikler tjenester sammen med brukere og fastleger i helsefelleskap.

Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem. Ambulante tverrfaglige team

ivaretar de mest sårbare barna og unge og voksne med alvorlige og sammensatte behov. Barn og unge med psykiske helseplager får tilbud på rett nivå til rett tid. Skrøpelige eldre opplever trygge overganger.

Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og informasjonen følger pasienten hele veien. I akuttmottaket blir pasienten møtt av tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og riktig behandling.

Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Spesialisthelsetjenester som før krevde fysisk oppmøte utføres der pasienten bor ved hjelp av teknologi. Dette er enklere for pasientene og frigjør tid som helsepersonellet kan bruke på andre pasienter.

Pasientene opplever at bruk av våre felles helsedata, ved hjelp av teknologi, gir bedre og mer presis helsehjelp. Pasientene føler seg trygge på at informasjonen om dem blir behandlet på forsvarlig måte.

Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som

virker og utnytter mulighetene som teknologien gir. Personellet opplever tjenesten som en attraktiv arbeidsplass som legger til rette for livslang læring for alle. Gode IKT-systemer gjør oppgavene enklere å løse. Forbedringsarbeid frigjør tid til mer pasientbehandling. Kunnskapen om hva som virker er kjent, og personellet bruker ikke verdifull tid på behandling med liten effekt.

Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte. Store utfordringer krever store endringer – som må ledes. Ledere kjenner sitt ansvar for å nå målene og har støtte og handlingsrom for å ta dette ansvaret.

Vi lærer av hverandre. Helsefelleskapene og det utadvendte sykehuset blir arenaer for læring. Kompetanse deles både i team og mellom institusjoner. Ved oppstart av et forbedringsarbeid spør ledere og personell «Hva kan vi lære av andre?». Når de er ferdige, spør de «Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?».

1.2 Hvordan skal vi få det til?

Å realisere pasientens helsetjeneste krever mye av mange. Ansvaret for å nå målene i Nasjonal helse- og sykehusplan deles av flere. Regjeringen og Stortinget må sette mål og stille ressurser til disposisjon, helseforetak og kommuner må utvikle og levere tjenestene, ledere må gjennomføre endringer og utvikle kompetansen, den enkelte ansatte må utvikle egen kompetanse og delta i forbedringsarbeid, pasientene må være aktive deltakere i egen behandling, og Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratene må sørge for at nasjonale rammebetingelser understøtter ønsket utvikling.

Regjeringen vil:

- Skape pasientens helsetjeneste. «Hva er viktig for deg?» skal være førende både i møtet mellom pasient og helsepersonell og i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten.
- Styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse og utvikling av tjenestene. Regjeringen vil øke bruk av skjermtolk i spesialisthelsetjenesten, arbeide for klart språk og mer samvalg. Lærings- og mestringstjenestene skal revideres for å gi bedre pasient- og pårørendeopplæring.
- Etablere 19 helsefelleskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefelleskapene bør prioritere utvikling av tjenester til

barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Helsefelleskapene skal finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger, og vil spille inn til neste Nasjonal helse- og sykehusplan.

- Skape det utadvendte sykehus. Utadvendte sykehus skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe tettere med andre sykehus.
- Utvikle bedre psykiske helsetjenester. Tjenesten skal møte befolkningens samlede behov for psykiske helsetjenester, og pasientene skal motta et bærekraftig tilbud på rett nivå. Kvalitet og fagutvikling skal prioriteres. Tjenestene skal videreutvikles basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi. Barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet.
- Sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede. Helseforetakene skal i neste utviklingsplan gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, og organisering og ledelse av akuttmottak på sykehus.
- Angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og tilpasse nasjonale rammebetingelser til nye måter å yte tjenester på. Helseforetakene skal i de neste utviklingsplanene sette egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene. Helsedata skal i større grad enn i dag kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp.
- Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse for å møte fremtidige behov. Helseforetakene skal skape en heltidskultur og arbeide for å rekruttere og beholde ansatte i alle personellgrupper. Det skal legges til rette for livslang læring for alle personellgrupper. Det skal være en særlig satsing på sykepleiere og helsefagarbeidere. Videreutdanningene for spesialsykepleiere skal videreutvikles og utdanningskapasiteten økes. Helseforetakene skal ta imot flere lærlinger i helsefag. Simuleringstrening skal tas mer i bruk. Helseforetak og kommuner vil i helsefelleskapene sette mål for kompetansedeling.
- Knytte målene for digitalisering tydeligere til målene for pasientbehandling. Verdien av digitalisering ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. Den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen skal bli tydeligere.

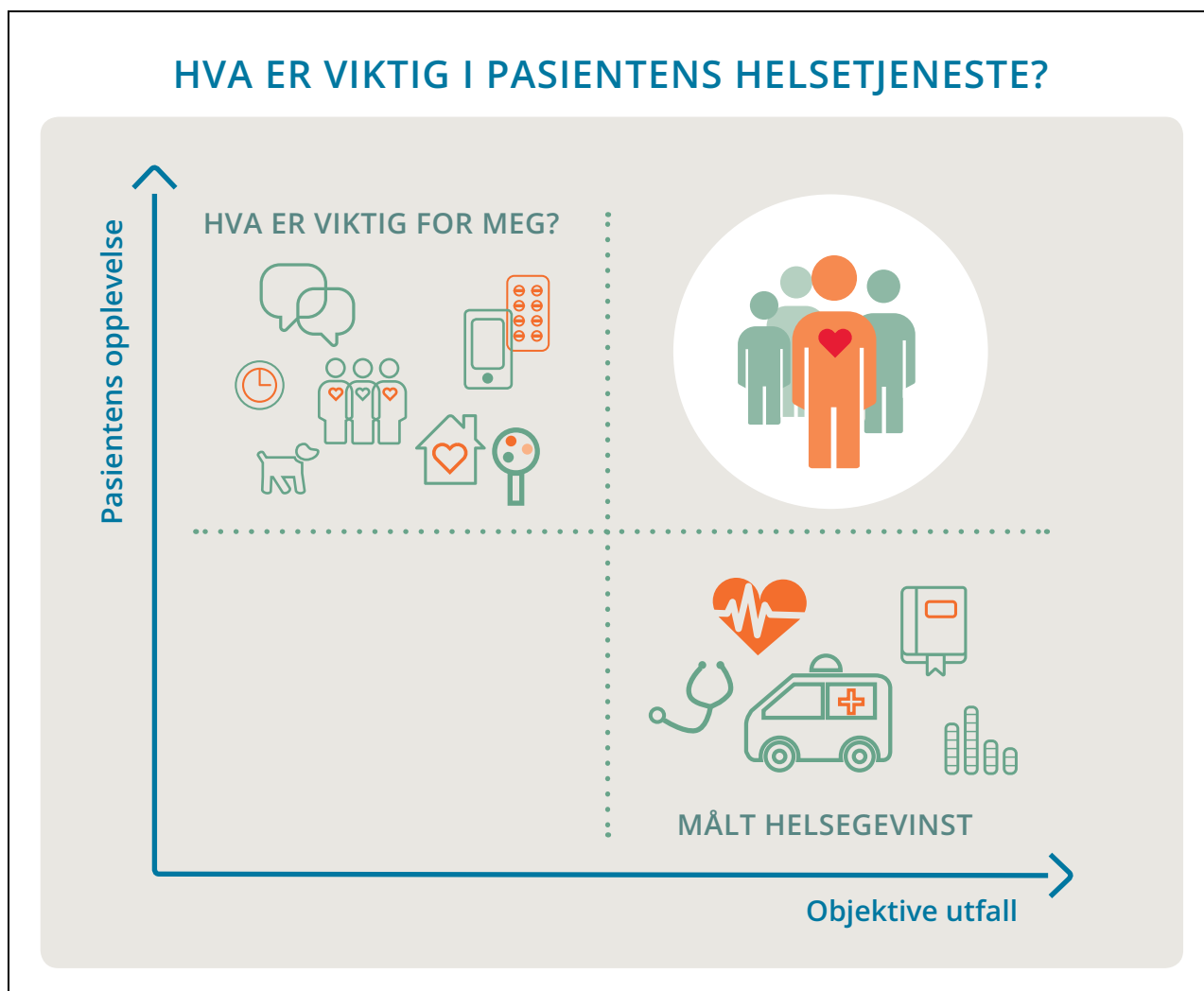
- Videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon og underbygge en kultur for å dele kunnskap.
- Videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten for å understøtte helhetlige tjenestetilbud, samhandling og nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi og digitalisering.
- Vri ressursveksten i spesialisthelsetjenesten fra vekst i bemanning, som er en knapp ressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere fremtidig arbeidskraftbehov.

1.3 Hva er viktig for deg?

Regjeringens ambisjon er å skape pasientens helsetjeneste. Pasientens stemme skal bli hørt – både i møtet mellom pasient og behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Pasientene skal ha likeverdig tilgang til gode helsetjenester

uavhengig av hvor de bor i landet. Ressursene skal fordeles mellom pasientene basert på felles verdier – rettferdighet, likeverdighet og menneskerverd. Pasientens helsetjeneste innebærer at pasientene skal få mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det betyr å bli lyttet til, å kunne ta valg i samråd med behandler om hvilke tiltak som skal settes i verk, sette egne mål og bruke egne ressurser for å mestre hverdagen. Pasienten lever livet sitt utenfor sykehuset – i familien, blant venner, på jobb, på skole eller i frivillige organisasjoner. En god helse og et godt liv henger sammen.

Det er pasienten som er ekspert på eget liv. Noen pasienter ønsker å prøve alt for å bli friske, mens andre er mest opptatt av å mestre sykdommen i hverdagen eller å møte døden med sine nærmeste rundt seg. Helsepersonell vet ikke alltid hvilke prioriteringer og verdivalg som er viktig for pasienten. Både i møte med den enkelte pasient og i utformingen av helse- og omsorgstjenestene må vi spørre: Hva er viktig for deg? Slik



Figur 1.1 Hva er viktig i pasientens helsetjeneste

kan tjenestene innrettes etter om hjelpen faktisk virker og bidrar til bedre livskvalitet og mestring av eget liv, sett med pasientens øyne, jf. figur 1.1.

For pårørende innebærer pasientens helse-tjeneste å være verdsatt, bli lyttet til og være en del av arbeidslaget, så langt pasienten selv ønsker og aksepterer det. Det handler om å få være støtte som foreldre, barn, søsken, kjæreste eller venn, fremfor å være koordinator for tjenestene. Opplæring, veiledning og avlastning er nødvendig for pårørende til mennesker som har behov for hjelp over lengre tid. Det er særlig viktig at barn får lov til å være barn, selv når omsorgspersoner er syke.

Pasientens helsetjeneste innebærer at tjenestene er koordinerte og helhetlige. Helhet betyr at tilbudene i kommuner og i spesialisthelsetjenesten fremstår som en samlet tjeneste, og at fysisk helse, psykisk helse og rusproblemer blir sett i sammenheng. For pasienten henger kropp og sinn sammen – det bør også tjenestene gjøre. Både pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet, vite at det er kort vei til god og profesjonell hjelp når det trengs – og vite hvor hjelpen er å finne.

To grupper med pasienter og helsepersonell ble satt ned i 2018 for å gi råd til arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan. Å styrke opplæring i egenmestring, brukerinvolvering og bruk av likepersonsarbeid som blant annet erfaringskonsulenter, ble løftet. God dialog mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten og bruk av teknologi og digitalisering for å binde tjenestene sammen ble trukket frem som sentrale forutsetninger for god samhandling. Gruppene ønsket et lovverk som fremmer pasientens helsetjeneste, og oppfordret til å tenke nytt om finansiering i helsetjenesten.

1.4 Formålet med Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden 2020–2023. Det overordnede målet er å realisere pasientens helse-tjeneste på en bærekraftig måte. En bærekraftig helsetjeneste må kunne realiseres innenfor de ressursrammene vi som samfunn har mulighet og vilje til å stille til rådighet – både i dag og i fremtiden. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette begrensninger. En bærekraftig helse-tjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos

de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.

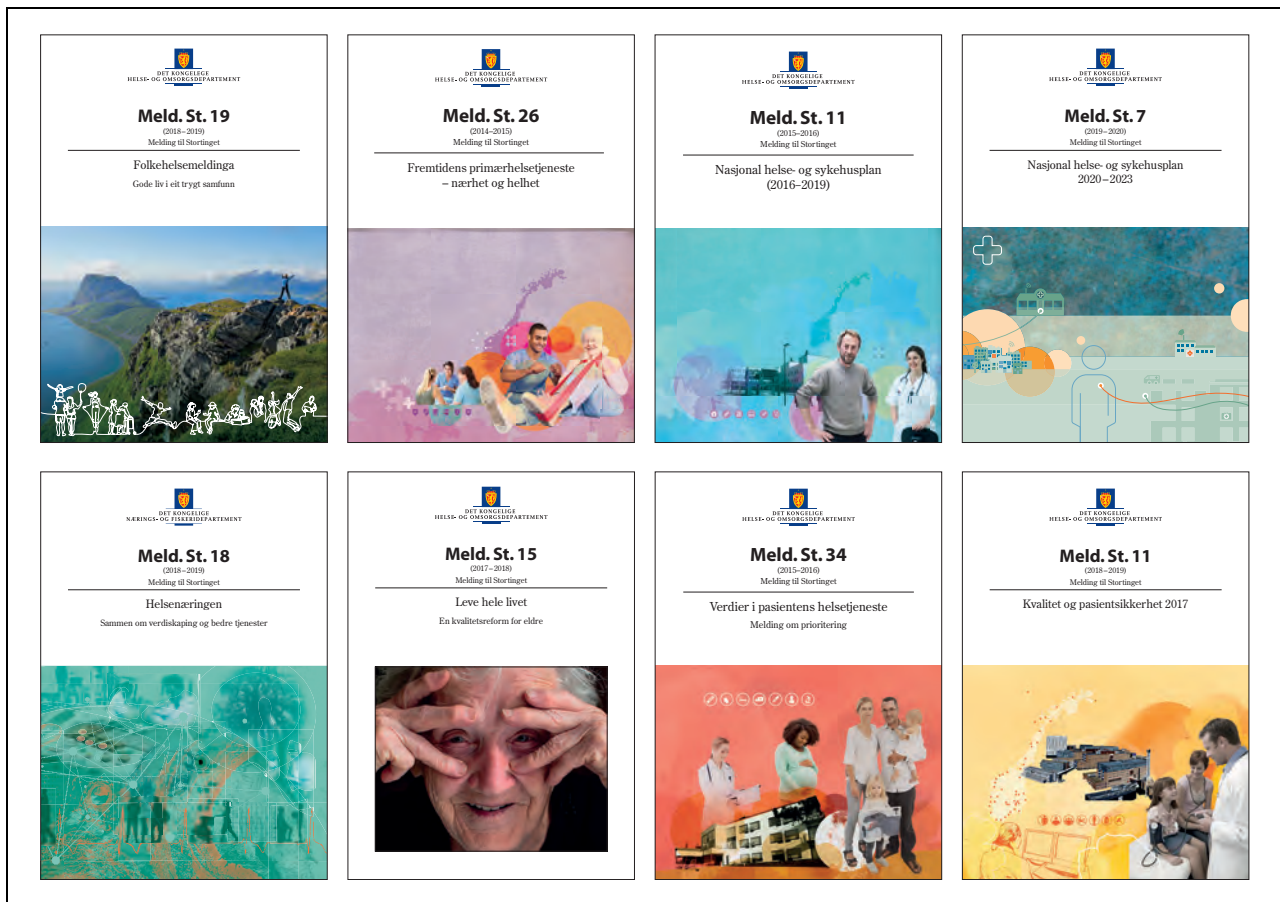
Planen gir føringer for tiltak og prioriteringer i 2020–2023, men viser også retning for utviklingen utover planperioden. Fremskrivningene som ligger til grunn for planarbeidet, har en horisont til 2035. Hovedtemaene i planen er samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, psykisk helsevern, teknologi, digitalisering og kompetanse. Meldingen gjennomgår også de prehospitale tjenestene og redegjør for helseregionenes utviklingsplaner og helseforetakenes investeringsplaner. I tillegg drøftes det hvordan spesialisthelsetjenesten kan utnytte ressursene bedre og hvordan finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten vil videreutvikles.

Nasjonal helse- og sykehusplan omhandler ikke alle temaer av betydning for helse- og omsorgstjenesten. Det er heller ikke meningen. Regjeringen har presentert andre deler av helse- og omsorgspolitikken i andre meldinger til Stortinget, jf. omtalen i avsnitt 1.5. I tillegg har departementet og Helsedirektoratet trukket opp ønsket utvikling på ulike områder i flere handlingsplaner og strategier.

Det har vært bred involvering i arbeidet med meldingen. Helse- og omsorgsdepartementet har fått innspill fra brukerorganisasjoner, rådgivningsgruppene med brukere og helsepersonell, de regionale helseforetakene, helseforetak, kommuner, KS, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet, forskningsmiljø, private aktører, profesjonsorganisasjoner og enkeltpersoner. Innspillene trekker i all hovedsak i samme retning og ligger til grunn for målbildet og hovedgrepene som presenteres i denne meldingen.

1.5 Nasjonal helse- og sykehusplan i den samlede helse- og omsorgspolitikken

Nasjonal helse- og sykehusplan, Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2018–2019)) og Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014–2015)) trekker opp hovedretning og rammer for regjeringens samlede helse- og omsorgspolitikk. Innenfor denne rammen peker Helsenæringsmeldingen (Meld. St. 18 (2018–2019)), eldrereformen *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017–2018)) og den kommende handlingsplanen for allmennlegetjenesten på sentrale tiltak. Prioriteringsmeldingen (*Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* (Meld. St. 34 (2015–2016))) avklarer verdigrunnlaget og prinsip-



Figur 1.2 Den samlede helse- og omsorgspolitikken

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

pene for prioritering. Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28 (2014–2015)) gir en helhetlig gjennomgang av legemiddelpolitikken i Norge. Årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet er en del av kunnskapsgrunnet for utvikling av helse- og omsorgstjenesten. Føringer for tjenesteutviklingen på konkrete fagområder angis i egne stortingsmeldinger, handlingsplaner, strategier og opptrappingsplaner, som blant annet Hjernehelsestrategien og Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Nasjonal helseberedskapsplan angir rammeverket for helsetjenestens forebygging og håndtering av alle type kriser.

I Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldingen – Gode liv i et trygt samfunn* presenterer regjeringen den samlede innsatsen for å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet. Regjeringen vil bidra til et bærekraftig velferdssamfunn gjennom et godt og systematisk tverrsektorielt folkehelsearbeid for å fremme god fysisk og psykisk helse. Prinsippet om å forebygge der en kan og reparere der en må, ligger til grunn for folkehelsearbeidet. Regjeringen har en bred tilnærming til folkehelsearbeidet for å nå hele befolkningen i ulike livsfa-

ser. Samtidig vil regjeringen prioritere tidlig innsats til barn og unge og legge til rette for dem som har særskilte behov. Norge har sluttet seg til bærekraftmålene til FN, herunder å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som kreft, diabetes, kols og hjerte- og karsykdommer med 30 prosent innen 2030. De nasjonale folkehelsemålene som er fastsatt i meldingen, omfatter blant annet:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen, og reduserer sosiale helseforskjeller

I Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* har regjeringen beskrevet utfordringer og pekt ut retningen for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er grunnmuren i helsesystemet vårt. Disse tjenestenes kvalitet og yteevne har stor betydning for hvilken sykehus-

struktur vi kan ha, og for det fremtidige kapasitetsbehovet i spesialisthelsetjenesten. I 2018 ble det satt i gang forsøk med primærhelseteam, oppfølgingsteam og andre runde med utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Målet er en mer helhetlig og teambasert tjeneste tilpasset brukernes behov, og bedre bruk av de samlede personellressursene. Parallelt med dette vurderes det, i tråd med regjeringsplattformen, ulike tiltak for å øke bruken av e-konsultasjon. Det pågår en pilot om legevaktfeltet som hadde oppstart i september 2019. Alle disse utprøvingene vil gi viktig kunnskap om effekten av nye arbeidsformer og arbeidsdeling, samt om endringer i organisering og finansiering av tjenestene.

Helseberedskapens formål er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og krig. *Nasjonal helseberedskapsplan* er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer, og beskriver lov- og plangrunnlag, aktørene, roller, ansvar og oppgaver. Evaluering av øvelser og hendelser har avdekket læringspunkter, men har konkludert med at hovedinnretningen på helseberedskapen i Norge er god og at akuttetater og helsepersonell er forberedt på håndtering av større katastrofer.

Gjennom Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* har regjeringen forankret i Stortinget, prinsipper og virkemidler for prioritering som er økonomisk og politisk bærekraftige og i tråd med verdigrunnlaget for helsetjenesten. Prinsippene for prioritering bidrar til rettferdig fordeling av ressursene i helsetjenesten og gir legitimitet til vanskelige beslutninger som helsepersonell tar hver dag.

Regjeringens legemiddelpolitikk ble presentert i Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*. Regjeringen foreslo og Stortinget vedtok følgende mål for legemiddelpolitikken: Sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og legge til rette for forskning og innovasjon.

Regjeringen legger hvert fjerde år frem en *Nasjonal helse- og sykehusplan* for Stortinget. Den første Nasjonale helse- og sykehusplanen ble lagt frem av Solbergregjeringen i 2015. I Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015–2016)) for perioden 2016–2019 ble det slått fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Det ble lagt føringer for et differensiert akuttilbud for å sikre kvalitet og bærekraft i tje-

nestene, og helseforetakene fikk i oppdrag å utarbeide lokale og regionale utviklingsplaner.

I 2019 legger regjeringen frem sin sjette melding til Stortinget om *kvalitet og pasientsikkerhet*. De årlige meldingene retter oppmerksomheten mot områder der helse- og omsorgstjenesten har utfordringer og behov for bedring. Meldingen oppsummerer status for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helse- og omsorgstjenesten, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer. Utfordringsbildet som er beskrevet i disse meldingene, inngår i kunnskapsgrunnlaget for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.

En velfungerende fastlegeordning er en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. For å legge til rette for dette, er det allerede igangsatt flere tiltak, herunder tilskudd til rekruttering av fastleger og til utdanningsstillinger. Treparsamarbeidet med Legeforeningen og KS er reetablert, og det er gjennomført flere større utredninger som følge av dette, både om kvalitet og innovasjon, finansieringsmodeller og utdanningsstillinger. Målet med trepartssamarbeidet er å få en tettere dialog om utfordringene i fastlegeordningen og hva som kan være mulige løsninger. En evaluering av ordningen ble presentert 1. september 2019. Som en del av evalueringen leverte Folkehelseinstituttet samtidig en rapport om pasientenes erfaringer med fastlegene og fastlegekontorene. Regjeringen vil legge frem en handlingsplan for allmennlegetjenesten våren 2020. Treparsamarbeidets møter, leveranser, evalueringen og pågående piloter og forsøk utgjør et godt grunnlag for handlingsplanen.

Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt, og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Reformen har fem innsatsområder: Et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, samt sammenheng i tjenestene. På hvert område er det foreslått løsninger basert på lokale eksempler. Meldingen legger til rette for at kommuner, helseforetak og andre kan lære av hverandre og implementere gode løsninger i tjenestene i perioden 2019–2023. For å bistå kommunene i arbeidet med å planlegge, utforme og gjennomføre reformen lokalt, er det etablert et nasjonalt og regionalt støtteapparat for reformperioden, som skal gi tilbud om støtte og bistand. Kommuner som oms-

tiller seg i tråd med reformen, vil prioriteres innenfor relevante øremerkede ordninger. Helseforetakene ble i oppdragsdokumentet for 2019 bedt om å legge Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre til grunn for utvikling av tjenesten.*

Det offentlige kan ikke nå målene i Nasjonal helse- og sykehusplan alene, men er avhengig av næringsliv som utvikler og leverer varer og tjenester. Meld. St. 18 (2018–2019) *Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester* omtaler politikk og tiltak som skal bidra til at innovasjonskraften, kompetansen og ressursene i næringslivet i større grad skal gi gevinster for helse- og omsorgstjenesten. Bedrifter som leverer godt, kan nå et stort marked både i Norge og internasjonalt.

Slik kan bedre samhandling mellom næringslivet og helse- og omsorgstjenesten bidra til at både helsepolitiske og næringspolitiske mål kan nås. Regjeringens politikk for å oppnå dette, og som presenteres i helsenæringsmeldingen, er:

- å ha en sterkere kultur for dialog og kontakt mellom næringsliv, universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgstjenesten
- å arbeide for gode rammebetingelser for næringslivet generelt og for forskning og utvikling spesielt
- at helse- og omsorgstjenesten skal være en attraktiv samarbeidspartner for næringslivet
- å legge til rette for økt kommersialisering av medisinsk og helsefaglig forskning og ideer fra helse- og omsorgstjenesten

2 utfordringer og muligheter

2.1 Innledning

Helse- og omsorgstjenesten i Norge står overfor store utfordringer i årene som kommer. Mange av utfordringene vil treffe hele helse- og omsorgstjenesten, mens noen utfordringer vil treffe spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten på ulikt vis.

Noen av utfordringene, slik som en aldrende befolkning, kan tjenestene og helsemyndighetene gjøre lite med. Andre utfordringer, for eksempel uønsket variasjon, kan helsemyndigheter og tjenesten påvirke. Regjeringens utgangspunkt er at disse utfordringene representerer muligheter, like mye som utfordringer. Sykehus, kommuner og nasjonale helsemyndigheter har et felles ansvar for å gripe disse mulighetene. Det er nødvendig for at pasientens helsetjeneste skal kunne realiseres på en bærekraftig måte.

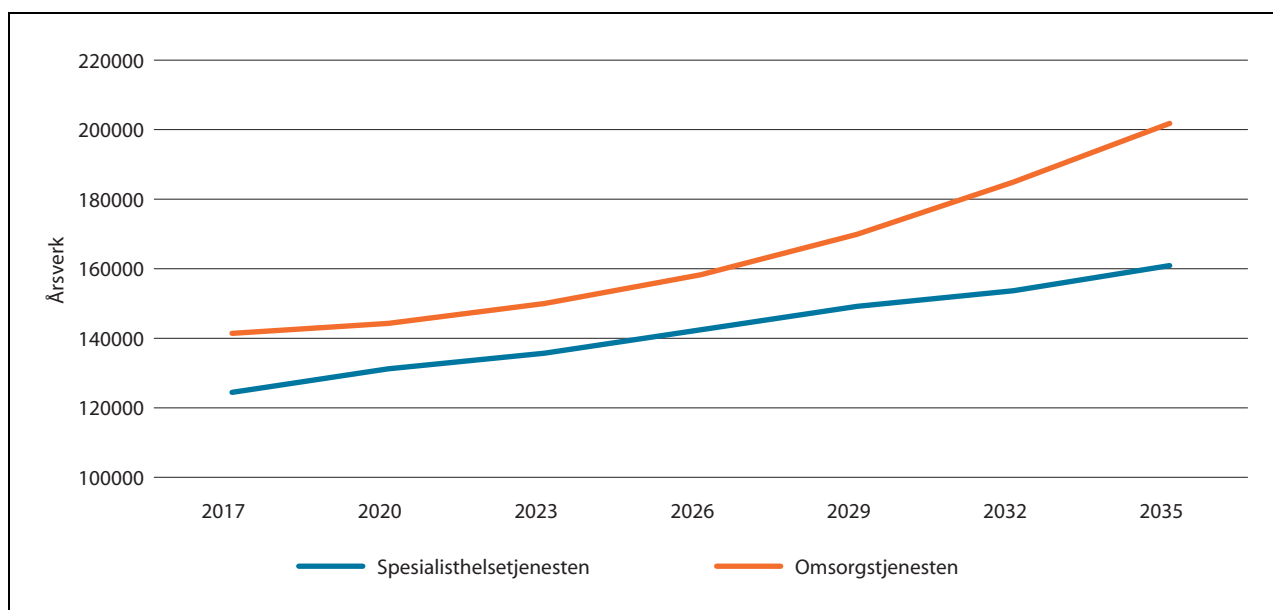
Gjennomgangen av utfordringer og muligheter bygger på innspill til departementet i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan. Funnene

sammenfaller i stor grad med det de regionale helseforetakene peker på som utfordringer i sine utviklingsplaner.

2.2 Utfordringer

Vi blir flere og eldre

Vi blir flere og vi blir eldre. SSB anslår at antall årsverk må øke med 35 prosent frem mot 2035 for å dekke fremskrevet behov for helse- og omsorgstjenester, jf. figur 2.1. I så fall vil helse- og omsorgstjenesten legge beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken. Det vil fortrenge mye annet som samfunnet ønsker å bruke ressursene på. Endringstakten må derfor øke. I tillegg rammes ulike deler av landet forskjellig. Mange distriktskommuner vil få mange eldre og stadig færre unge som kan jobbe i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan kreve raske og store omstillinger.



Figur 2.1 Fremskrevet behov for årsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunale omsorgstjenester til 2035. SSBs referansebane.

Kilde: SSB

Vekst i kostnader til nye metoder og teknologi

Ny medisinsk teknologi gir nye muligheter til å behandle sykdom, men koster samtidig mye. I følge OECD forklarer medisinsk-teknologisk utvikling opp mot halvparten av kostnadsveksten i sykehus.¹ Norske tall bekrefter dette. Den prosentvise veksten i utgifter til legemidler var fra 2007 til 2016 nesten tre ganger så høy som veksten i de økonomiske ressursene som sykehusene hadde til rådighet.² Det stiller store krav til prioritering og effektivisering i sykehusene.

Pasienten forventer mer

Befolkningens tillit til den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten avhenger av at sykehus og kommuner i fellesskap leverer tilgjengelige og brukervennlige tjenester av høy kvalitet. En mer velstående, kompetent og informert befolkning vil ha økte forventninger til hva helse-

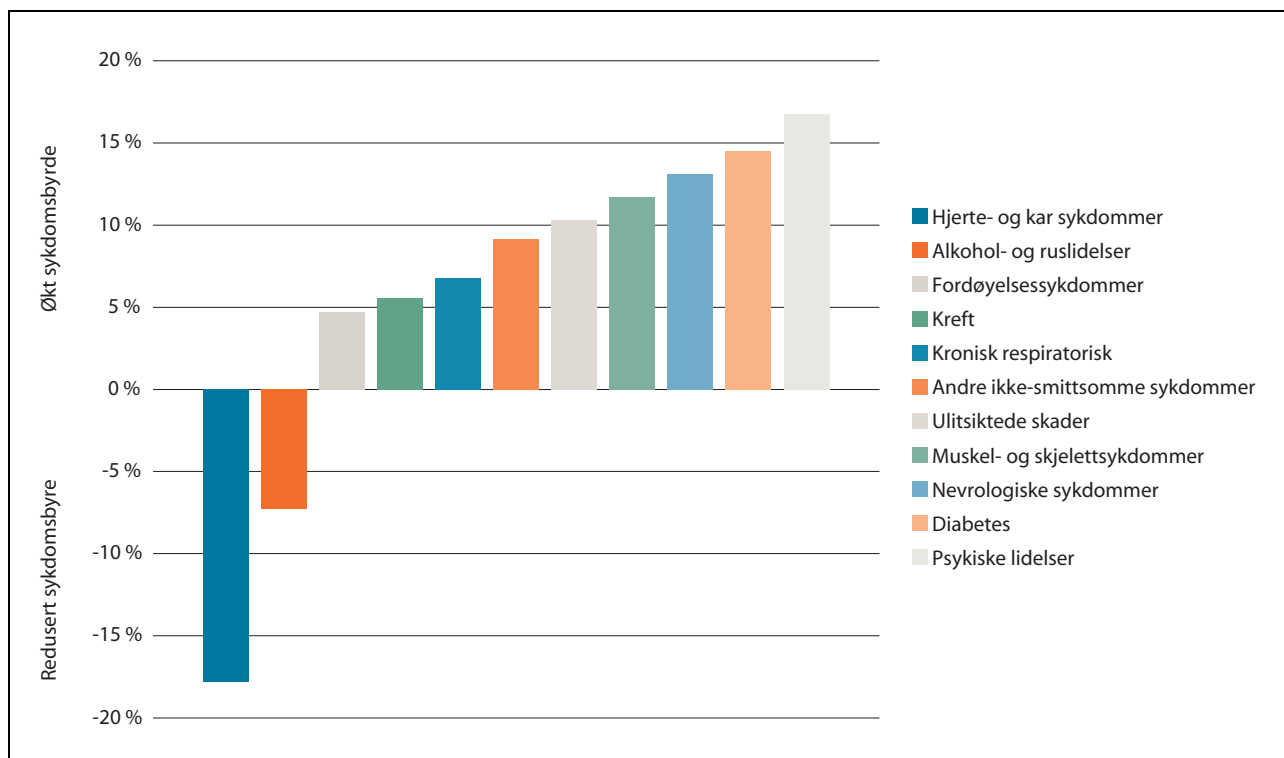
¹ Marino, A. and L. Lorenzoni (2019). The impact of technological advancements on health spending: A literature review

² Helsedirektoratet (2018). Kostnader til legemidler i helseforetak.

og omsorgstjenesten skal levere. Utvikling av nye og ofte dyre behandlingsmetoder, samt medisinsk utstyr som pasientene kan kjøpe selv, forsterker forventningene. En mer kunnskapsrik og kvalitetsbevisst befolkning er imidlertid også en ressurs, som tjenesten i større grad må dra nytte av. Det er samtidig en utfordring at det er stor ulikhet i befolkningens helsekompetanse.

Flere trenger behandling lengre

De demografiske endringene påvirker sykdomsbildet. Flere vil leve lenger med en eller flere kroniske sykdommer. Det vil være flere med aldersrelaterte sykdommer, slik som demens. Medisinske og teknologiske fremskritt gjør at sykdommer som mange tidligere døde av, i større grad kan behandles, samtidig som det blir lettere for mange å leve med sykdom. Figur 2.2 viser at det har vært en betydelig nedgang i sykdomsbyrden knyttet til hjerte- og karsykdommer siden 2004. Samtidig har det vært en økning i antall tapte gode leveår knyttet til flere tilstander, særlig nevrologiske sykdommer som demens, diabetes og psykiske lidelser.



Figur 2.2 Prosentvis endring i sykdomsbyrde, målt som tapte gode leveår (2004–2017). Utvalgte tilstander.

Figuren omfatter tilstander med høyt antall tapte gode leveår i 2017. Figuren angir kun endring i sykdomsbyrde knyttet til de ulike kategoriene, ikke hvor stor sykdomsbyrde som kan knyttes til hver av dem.

Kilde: Institute for Health Metrics and Evaluation. Data tilrettelagt av Folkehelseinstituttet.

2.3 Muligheter

Bygge på et godt utgangspunkt

Selv om helse- og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer, har vi et godt utgangspunkt for å møte dem. Internasjonale sammenlikninger viser at helsetilstanden i Norge er god og det er høy forventet levealder, jf. boks 2.1. Helsevanene er generelt sett gode, med lavere forbruk av sigaretter og alkohol enn OECD-gjennomsnittet. Eldre har bedre helse enn før, og tre av fire i aldersgruppen 65–79 år rapporterer om god eller svært god helse.³ Både helsepersonell og pasienter forventer høy kvalitet på tjenestene – og det er bra. Dette utgjør i sum et godt utgangspunkt å bygge videre på.

Mobilisere pasienten som ressurs

Pasienter og pårørende er de viktigste pådriverne for endring og forbedring av helse- og omsorgstjenestene. Pasienten er ekspert på egen helse og

³ Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge 2018. Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

kan være en viktigere ressurs dersom tjenesten evner å dra nytte av både deres og pårørendes kompetanse. God involvering av pasient og pårørende gir mer treffsikker forebygging, behandling og oppfølging.

Lære mer av hverandre

Det er stor variasjon mellom sykehus – både i kvalitet, i forbruk av helsetjenester, i effektivitet og i pasientsikkerhet. Det varierer også hvor lang tid det tar før ny medisinsk kunnskap tas i bruk. Det betyr at noen får færre tjenester enn de trenger mens andre får mer enn de trenger, at noen sykehus er for lite effektive, og at mange pasienter påføres unødvendige skader. Den store variasjonen viser samtidig at noen har lyktes. Gjennom Gjør kloke valg-kampanjen har Legeforeningen satt overdiagnostikk og overbehandling på dagsorden i de medisinske fagmiljøene. Ved å systematisk lære av hverandre kan sykehusene øke pasientsikkerheten og oppnå mer effektiv ressursbruk. Sykehusene kan også utnytte tilgangen til internasjonal medisinsk kunnskap bedre – det bør gå raskere å ta i bruk ny kunnskap og fase ut mindre virksom behandling.

Boks 2.1 Norge i internasjonal sammenheng

«Health at a Glance» er en rapportserie fra OECD. Rapportene gir et oversiktsbilde over helsetilstand og helsetjenester for OECD-land ved hjelp av ulike indikatorer. Tall fra OECD viser følgende:

- Norge har sammen med Island den høyeste forventede levealder i Norden (82,5 år). EU-gjennomsnittet var 81 år i 2016.
- Norge er blant landene med lavest dødelighet etter hjertefarkt og hjerneslag.
- For flere kreftformer er Norge blant de landene som har lavest dødelighet, selv om kreftforekomsten er høy.
- Norge har sammen med Island, Sverige og Finland lavest andel røykere i Europa. I 2016 var 11 prosent av den voksne befolkningen i Norge dagligrøykere. Snittet for EU-landene var 20 prosent.
- Norge har mange leger og sykepleiere sett i forhold til befolkningstall, med hhv. 4,5 og 17,5 per 1 000 innbyggere i 2016. EU-gjennomsnittet var 3,6 praktiserende leger og 8,4 sykepleiere per 1 000 innbyggere.

- Samtidig har Norge, sammen Danmark, Finland og Sverige, forholdsvis lavt forbruk av legekonsultasjoner. Snittet i EU er 7,5 konsultasjoner per innbygger, mot 4,5 per innbygger i Norge (omfatter både konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene).
- Norge har de tredje høyeste utgiftene til helseformål per innbygger i Europa, bak Sveits og Luxembourg.
- I 2017 brukte Norge 10,4 prosent av BNP på helse. Dette er litt over gjennomsnittet for EU-landene på 9,6 prosent, men lavere enn f.eks. Danmark og Sverige.

Kilde: Saunes IS, Hansen TM, Tomic O, Lindahl AK. (2017). Helse i Norge –2017: Kommentarrapport til OECDs sammenligning av helse i ulike land. Og SSB (2018). Health at a Glance 2018: Norge – god helse og store utgifter. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-god-helse-og-store-utgifter>.

Samhandle bedre

Selv om mye fungerer godt, er det mange pasienter som opplever at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten ikke henger godt sammen. Samtidig er det mange kommuner og sykehus som har laget gode pasientforløp og samarbeider godt. Muligheter for å lære av hverandre, bedre IKT-systemer og metodikk for gode pasientforløp legger til rette for at pasientene kan oppleve en sammenhengende helsetjeneste på tvers av sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bedre felles planlegging mellom kommuner og sykehus kan legge til rette for å identifisere de som har risiko for å utvikle sykdom slik at det kan settes inn forebyggende tiltak. Proaktive og teambaserte tjenester vil bidra til at pasienter med sammensatte behov får et helhetlig tilbud.

Prioritere bedre

Mulighetene og ønskene i helse- og omsorgstjenesten overstiger ressursene. Vi kan derfor ikke velge om det skal prioriteres – prioriteringene skjer uansett hvilke intensjoner vi har. Samtidig har vi i Norge et godt system for prioritering i spesialisthelsetjenesten. Dette systemet understøtter både beslutninger om hvilke behandlingsmetoder som skal tilbys, og hvor raskt pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal få time. Likevel er det et potensial for å prioritere tydeligere også på andre områder, for eksempel knyttet til utfasing av metoder med liten effekt. Slik kan vi gi mer effektiv eller målrettet behandling og bruke ressursene bedre. Regjeringen utarbeider i tillegg en melding om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Videreutvikle psykisk helsevern

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan forvente å leve 15–20 år kortere enn befolkningen for øvrig. Vanlige somatiske sykdommer og livstilutfordringer hos denne gruppen blir ofte ikke sett eller fanget opp. Det er også variasjon i hvem som får behandling, hvilken behandling de får og

hvordan effekten er. Selv om mange får god hjelp, er det et potensial for bedre forebygging, bedre samhandling og bedre systemer for å måle effekt, spre kunnskap og for å involvere pasienter. Der som helseforetak og kommuner lykkes med å utnytte dette potensialet, kan det gi stor helsegevinst for personer med psykiske helseutfordringer.

Bruke mulighetene teknologien gir bedre

Teknologisk utvikling gir muligheter for bedre tjenester og tjenester som ytes nærmere pasienten. Ved bruk av teknologi kan mange tjenester som tidligere krevde fysisk oppmøte, ytes til pasienten hjemme. Det kan bidra til økt mestring og at sykdomsutvikling fanges opp tidlig. Digitalisering understøtter deling og bruk av informasjon for å gi bedre og mer helhetlige tjenester. Investeringer i teknologi og kompetanse kan redusere behovet for vekst i bemanning. Da må vi systematisk bruke de mulighetene teknologien gir, til å frigjøre helsepersonellens tid til andre gjøremål.

Utnytte personellens tid bedre

Helsepersonell og deres kompetanse er den mest verdifulle ressursen i sykehusene. Samtidig opplever mange som jobber i sykehus at de bruker tid på unødvendige oppgaver, eller på oppgaver som burde vært ivaretatt av noen andre. En økning på 0,5 prosent årlig i legenes produktivitet vil halvere behovet for vekst i leger frem til 2040.⁴ Samtidig er det stor variasjon i legenes produktivitet, hvor godt sykehusene tilpasser bemanning og aktivitet og hvordan arbeidsprosessene innrettes for å utnytte ressursene godt. Sykehusene har derfor store muligheter til å frigjøre tid som i dag brukes på ineffektive arbeidsprosesser. Sykehusene må også bruke mulighetene som mange nye sykehusbygg, dels under bygging og dels under prosjektering, gir for å ta i bruk nye arbeidsformer.

⁴ Godager m.fl. (2018). Framskrivninger av tjenestebehov, senger og årsverk i somatiske spesialisthelsetjenester, 2018–2040

3 Pasienten som aktiv deltaker

Boks 3.1 Hvor vil vi?

Pasientens behov er førende for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Det er en selvfølge å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» når beslutninger skal tas. Pasienten er en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det er utviklet gode samvalgsverktøy for flere tilstander. Helsepersonell tar hensyn til pasientens helsekompetanse og tilpasser kommunikasjonen deretter. Pasienter med langvarige helseutfordringer og behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten, får bedre og mer tilrettelagt opplæring til å mestre egen helse. Digitale løsninger er integrert

som en del av opplæringen og kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten. Kommunikasjonen mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten er forståelig – det er tydelig hvem man skal møte og når, hva som kreves av forberedelser og hva man kan vente seg på sykehuset. De som har behov for tolk, får disse tjenestene med høyere kvalitet og i større grad via skjerm. Digitale innbyggertjenester gjør det lettere for innbyggerne å følge opp egen helse og tilpasse kontakten med helsetjenesten til egen hverdag.

3.1 Innledning

I pasientens helsetjeneste mottar pasientene helse- og omsorgstjenester av god kvalitet når de trenger det, uavhengig av hvor de bor i landet eller hvem de er, jf. kapittel 1. Det er pasienten som er ekspert på egen tilstand og livssituasjon. Denne kompetansen må nyttiggjøres bedre enn i dag. Det er lett å undervurdere pasientens evne til å mestre egen tilstand. Regjeringen vil derfor gjøre det enklere for pasientene å delta i beslutninger om egen helse og sikre at pasientens stemme blir hørt i utviklingen av tjenestene. Regjeringen vil følge tre hovedstrategier for å oppnå dette:

- heve helsekompetansen i befolkningen
- involvere pasienter og pårørende i beslutninger på individ- og systemnivå
- gjøre kommunikasjonen med pasienten mer tilgjengelig og lettere å forstå

3.2 Helsekompetanse og opplæring

3.2.1 Strategi for å øke helsekompetanse

Helsekompetanse er definert som personers evne til å forstå, vurdere og bruke kunnskapsbasert helseinformasjon for å kunne ta beslutninger om egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og

omsorgstjenesten.¹ Den enkeltes helsekompetanse har stor betydning for evnen til å være en aktiv deltaker i egen helse og behandling.

Helse- og omsorgsdepartementet lanserte i 2019 en nasjonal strategi for helsekompetanse i befolkningen. Strategien slår fast at helsetjenesten må ta hensyn til pasienter og brukeres helsekompetanse i organisasjons- og tjenesteutvikling. Det skal være enkelt for pasienter, brukere og pårørende å finne frem til riktig tilbud, og tilbudet skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger og livssituasjon. Samtidig vil behovene for tilrettelegging og opplæring variere. Lav helsekompetanse kan være en større utfordring i enkelte grupper, som for eksempel blant personer med høy alder, kronisk sykdom, lavt utdanningsnivå eller sansetap, enn i befolkningen for øvrig. Helsedirektoratet skal i 2020 gjennomføre en kartlegging av helsekompetansen i befolkningen.

3.2.2 Tjenester til den samiske befolkningen

Nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Departementet har gitt Helse Nord RHF et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til

¹ Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen (2019–2023), Helse- og omsorgsdepartementet



Figur 3.1 Ungdomspsykiatrisk enhet, SANKS Karasjok

Foto: Finnmarkssykehuset HF.

den samiske befolkningen i hele landet. Helse Nord RHF har, i nært samarbeid med Sametinget, opprettet et nasjonalt prosjekt, Strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Formålet med prosjektet er å utarbeide en strategisk og overordnet plan med tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen uavhengig av hvor de bor. Likeverdige helse- og omsorgstjenester forutsetter at tjenestene er tilrettelagt for samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. Styrking av samisk språk og kulturkompetanse i spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for likeverdige tjenester og for en god utvikling av tjenestetilbudet til samiske pasienter. Helse Nord RHF vil følge opp prosjektet i tett samarbeid med Sametinget.

Finnmarkssykehuset skal opprette den første samiske klinikken i landet – Sámi Klinihkka. Klinikken består av Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS), spesialistlegesenteret, samisk tolketjeneste og samisk lærings- og mestringssenter (LMS).

Sámi Klinihkka ble opprettet med formålet å ivareta likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Klinikken er nyskapende fordi somatikk, psykisk helsevern og rus, tolketjeneste og lærings- og mestringstilbud er integrert i én klinikk. Klinikken skal ha et særskilt ansvar for og ha høy kompetanse og kunnskap om samisk språk og kultur. Klinikken har som mål at den skal videreutvikles til å bli et kraftsenter for samiske helsetjenester, som også kan bistå andre i spesialisthelsetjenesten med kompetanse og kunnskap om samisk språk og kultur.

Sørsamisk helsenettverk har laget en modell, kalt samisk helseteam, for hvordan helsetje-

nestene til den samiske befolkningen kan innpasse i alle områder hvor det er samisk befolkning, slik som i sør- og lulesamisk område, og i byer som Tromsø, Alta, Bodø og Oslo. Samisk helseteam skal bestå av et team av samiske helsearbeidere på Røros og i Trondheim. Teamet skal bestå av fastlege, sykepleier, kreftsykepleier, helsesykepleier, fysioterapeut og prest. Disse er ansatt i stillinger i kommunen, SANKS og St. Olavs hospital HF, men skal være tilknyttet samisk helseteam i 20–40 prosent stilling. Helseteamet skal arbeide direkte med samiske pasienter, og være en aktør som spesielt ivaretar samiske helsespørsmål i flere kommuner og helseforetak.

3.2.3 Pasient- og pårørendeopplæring i spesialisthelsetjenesten

Pasientopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver. Opplæringen skal bidra til ønsket effekt av behandling og sette pasienter i stand til å mestre sine helseutfordringer. Behovet for opplæring dekkes for de fleste pasienter gjennom den løpende kontakten med helsepersonellet som står for behandlingen, mens for andre med langvarige helseutfordringer og deres pårørende gjennomføres deler av opplæringen i lærings- og mestringssentrene. Lærings- og mestringstjenester skal gi pasienter og pårørende økt innsikt i egen livssituasjon slik at de kan mestre den bedre. Organisering, innhold og form på lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten varierer.

Mye har skjedd siden lærings- og mestringssentrene ble etablert. Det gjelder blant annet ny organisering av behandlingstilbud, nye behandlingsmuligheter, endret oppgave- og ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt ny teknologi og nye læringsformer som gir nye muligheter for pasientopplæring.

Regjeringen mener derfor at tiden er inne for å vurdere om lærings- og mestringstjenestene kan tilbys på måter som ivaretar brukernes behov og som gir en mer hensiktsmessig oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for revisjon av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende skal Helsedirektoratet gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang av oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forprosjektene vil danne grunnlag for det videre arbeidet med å

utvikle lærings- og mestringstjenestene. Ved revidering av lærings- og mestringstjenestene skal det også vurderes hvordan disse tjenestene kan gjøres mer tilgjengelige for samiske pasienter og hvordan de kan bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen for øvrig.

For mange pasienter er bistand fra pårørende avgjørende for både gjennomføring av behandling og mestring i hverdagen. Mange pårørende har et informasjons- og opplæringsbehov som ikke alltid blir godt nok ivaretatt. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten beskriver god praksis når det gjelder pårørendesamarbeid og –støtte og er et viktig verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten i deres forbedringsarbeid. Regjeringen vil legge frem en pårørendestrategi som skal bidra til å løfte pårørendes situasjon og vise retning for det videre arbeidet på pårørendefeltet. Pårørendestrategien skal beskrive utfordringer, behov og mulige løsninger for pårørende i alle livsfaser og på tvers av diagnosegrupper.

3.3 Brukermedvirkning

3.3.1 Samvalg

Samvalg skal være det normale, ikke det spesielle i pasientens helsetjeneste. Samvalg innebærer at pasienten, sammen med helsepersonell, drøfter og medvirker til valg av undersøkelses- og behandlingsmetode. Det forutsetter at pasienten får god informasjon om sin egen tilstand, aktuelle behandlingsmetoder og risiko. Helsepersonell må ta hensyn til pasientens helsekompetanse i kommunika-



Figur 3.2 Samvalgssituasjon

Illustrasjonsfoto fra St. Olavs hospital HF, Borgos Foto AS.

sjonen slik at pasienten settes i stand til å vurdere og være med i beslutninger om hva slags behandlingsmetode som passer best. Helsehjelpen skal være forsvarlig, og behandlingen som ønskes må være innenfor det som tilbys av helsetjenesten. Samvalg betyr ikke at pasienten alltid skal få etterkommet sitt ønske. Samvalgsprosessen skal imidlertid gi helsepersonell kunnskap om hva som er viktig for pasienten, og bidra til behandling som tar hensyn til pasientens livssituasjon.

I noen samvalgsprosesser kan samvalgsverktøy være et godt virkemiddel. Samvalgsverktøy kan benyttes før, under og etter en konsultasjon og skal legge til rette for at pasienten får relevant og pålitelig informasjon om sin helseutfordring. Samvalgsverktøy er ikke avgjørende for at pasienten involveres i beslutninger, men de kan være til hjelp – særlig når det finnes flere alternativer og ikke bare én definert beste praksis. Verktøyene hjelper pasient og pårørende å bli kjent med ulike valgmuligheter, gir kjennskap til mulig resultat og risiko ved behandlingen, og de kan bidra til økt bevisstgjøring rundt egne verdier og preferanser. De regionale helseforetakene har etablert et felles

Boks 3.2 Samvalgsverktøy

Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF har utviklet ti samvalgsverktøy som er publisert på helsenorge.no. Samvalgsverktøyet for psykoser er utviklet sammen med Helse Vest, og samvalgsverktøyet for brystkreft er utviklet i samarbeid med Helse Sør-Øst. Samvalgssenteret har seks nye samvalgsverktøy under utvikling:

- Prostatakreft uten spredning
- Prostatakreft med spredning
- Muskelknuter i livmor
- Aortastenose uten åpen kirurgi
- Hofteartrose (i samarbeid med Helse Sør-Øst)
- Graves sykdom

Boks 3.3 Vinner av Helse Nord's brukerpris

Inga Karlsen har, som et engasjert medlem i brukerutvalget i Nordlandssykehuset, bidratt sterkt til å fremme samiske pasienters rettigheter i møte med helsevesenet. 85-åringen fra Tysfjord ble tidligere i år hedret med Helse Nord's brukerpris for arbeidet hun har gjort, og fortsatt gjør, for å fremme brukernes interesser.

– «Jeg har egentlig bare gjort en liten bit av min borgerplikt. Jeg har vært interessert i folk så lenge jeg kan huske, og da jeg var 16 år gammel sa onkelen min til meg at jeg måtte bruke disse egenskapene til å engasjere meg i å hjelpe folk. Og det har jeg vel egentlig gjort siden», sier hun.

Inga har jobbet i og for eldreomsorgen i mange år, med demensomsorg som et hjertebarn. Hun har også vært engasjert i kampen for likeverdige helsetjenester for den samiske befolkningen.

– «Mange av oss tar alt legen forteller oss som en absolutt sannhet, og dette er kanskje særlig sant blant samene. Når det kommer til

helsetilbudet til den samiske befolkningen, handler det ikke om likestilling, men om likeverd. Og her vil jeg rose Helse Nord for det arbeidet som nå gjøres. Det er fortsatt en vei å gå, men vi er på rett vei,» sier hun.



Figur 3.3 Inga Karlsen

Foto: Helse Nord RHF

prosjekt for å utbrede bruk av samvalg og samvalgsverktøy jf. boks 3.2.

Helseregionene arbeider med å lære opp helsepersonell for å legge til rette for samvalg. Ved å drive systematisk opplæring av helsepersonell og de som skal spre kompetansen videre, blir samvalg en integrert del av helsepersonellens arbeidsmåte. Helse Sør-Øst har utviklet et modulbasert rammeverk, Klar for samvalg, som retter seg mot blant annet leger, sykepleiere, studenter og veiledere innen samvalg. Per i dag har rundt 2 500 lært hvordan de skal legge til rette for samvalg i Helse Sør-Øst. Noen har også gjennomgått «train the trainer»-kurs slik at de kan lære opp andre. Omtrent 150 behandlere har fått opplæring i Helse Vest og opplæring planlegges i Helse Nord.

3.3.2 Brukermedvirkning i utviklingen av tjenestene

Pasienters, brukeres og pårørendes behov er helt sentrale i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Brukermedvirkningen på systemnivå er generelt god. Alle helseforetakene og de regionale helseforetakene har egne brukerutvalg, flere av kommunene har brukerutvalg, departementet

har et kontaktforum for brukere, og etatene involverer brukere i sitt utredningsarbeid. Velfungerende brukerutvalg krever at både brukere og ledere tar et felles ansvar for å oppfylle intensjonen med utvalgene.

I 2016 ble det opprettet ungdomsråd ved alle sykehus med barne- og ungdomsavdeling. I overgangen fra barn til å bli voksen må ungdom lære å ta ansvar for egen helse, og de må ha reell innflytelse på hvordan helse- og omsorgstjenestene skal legges til rette for dem. Unge funksjonshemmede og Akershus universitetssykehus HF har laget veilederen Ungdomsråd i helseforetak. Hvorfor og hvordan? Veilederen legger vekt på at opplæring av ungdomsrådet må skje på ungdommens premisser, og at rådet selv må bestemme hvilke saker de vil jobbe med. Ungdomsrådet skal ha reell innflytelse. Ungdomsrådet må samarbeide med helseforetakets ledelse og andre brukerutvalg for å sikre god medbestemmelse i saker som er viktige for ungdom på sykehus.

I pasient- og brukerorganisasjonene kan pasienter og pårørende møte og utveksle erfaringer med andre som har like utfordringer. Dette er frivillige organisasjoner som driver informasjonsarbeid og likemannsarbeid og har ulike tiltak for å



Figur 3.4 Ungdomsrådet ved St. Olavs hospital HF

Foto: Borgos Foto AS

bidra til at pasienter og pårørende kan mestre egen hverdag. De er også viktige aktører og bidragsytere til blant annet brukermedvirkning, forskning- og utvikling, og de bidrar til å sette saker som er viktige for pasienter og brukere på dagsorden.

Brukermedvirkning skjer også gjennom deltakelse i forsknings- og innovasjonsprosjekter. Brukermedvirkning i forskning innebærer at brukeren inviteres til å identifisere kunnskapsbehov, og at brukerens perspektiv, behov og erfaringer reflekteres i hele forskningsprosessen. I behovsidentifisert forskning gis pasientene, og andre sentrale brukere av forskningsresultater, en mulighet til å påvirke hvilke temaer det skal forskes på. Dette virkemiddelet ble første gang benyttet av Forskningsrådet i 2017. Det er stilt krav om at det skal brukes i program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten. Resultater fra forskning og innovasjon får større betydning og tas raskere i bruk når de oppleves som nyttige for brukeren.² Derfor skal brukermedvirkning beskrives i alle søknader til helse- og omsorgsprogrammene i Forskningsrådet. Andelen prosjekter i helseforetakene som rapporterer brukermedvirkning i forskning har økt hvert år

² HelseOmsorg21-strategien

siden 2014. I 2018 var andelen nær 70 prosent, med den høyeste andelen av brukermedvirkning rapportert innen psykisk helse og rus med over 88 prosent.³

3.4 Kommunikasjon

3.4.1 Klart språk

Mange pasienter og pårørende opplever at det er vanskelig å forstå informasjon fra helsetjenesten. Det kan skyldes at det brukes medisinske eller juridiske faguttrykk, eller at informasjonen er så omfattende at pasienten går glipp av det som er viktig. Dette har en rekke uønskede effekter. Dersom pasienten møter til konsultasjon uten å ha gjort nødvendige forberedelser, for eksempel ikke tømt tarmen før koloskopi eller fastet før operasjon, må ofte behandlingen eller undersøkelsen utsettes. Dette er frustrerende for pasienten og er dårlig bruk av ressurser. Kommunikasjonssvikt kan reduseres dersom helsetjenesten bruker klart språk.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å iverksette tiltak for å gjøre innkallinger til time og informasjon om rett til helsehjelp lettere å forstå.

³ Forskning og innovasjon til pasientens beste. Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2018.

Boks 3.4 Klart språk i pasientbrev ved Helgelandssykehuset HF

En kartlegging ved Helgelandssykehuset HF viste at 10–20 prosent av nyrepasienter og pasienter som skulle til tarmundersøkelse, ikke hadde forberedt seg til undersøkelsen/behandlingen. De kunne derfor bare gjennomføre deler av prosedyren, eller de måtte få ny time. For at flere pasienter skulle møte forberedt, ble det utviklet nye pasientbrev til disse pasientgruppene med tydelig og forståelig språk (klarspråk) og grafikk som gjør det lettere for pasienten å forstå hvordan de skal forberede seg til undersøkelsen. De nye pasientbrevene skal tas i bruk i Helgelandssykehuset HF i løpet av 2019. Målet er færre avlyste konsultasjoner og oppklarende henvendelser til sykehuset. Klarspråkarbeidet og de nye brevene er tatt inn i Helse Sør-Østs prosjekt for digitalisering av pasientbrev.

Målet er færre oppklarende henvendelser til sykehuset, bedre oppmøte og færre avlyste konsultasjoner på grunn av manglende forberedelser som skyldes kommunikasjonssvikt. Også andre områder i kommunikasjonen med pasienter som kan forbedres med klart språk, skal identifiseres.

3.4.2 Tolketjenester

Tolketjenester er nødvendig for å sikre god kvalitet, likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og mulighet for samvalg for personer som ikke snakker eller forstår norsk. Uten tilgang på tolketjenester tar ofte pårørende rollen som tolk, noe som i verste fall kan gå ut over pasientsikkerheten. Skjermtolking (tolking via video med lyd og bildekommunikasjon) er prøvd ut ved Oslo universitetssykehus HF og i Helse Nord, og viser at det bidrar til å gjøre partene mer strukturerte. I tillegg reduseres risikoen for uønsket alliansebygging mellom tolk og pasient sammenliknet med fremmøtetolking. Skjermtolking synes å øke forståelsen hos pasienten for at tolken ikke er aktiv deltaker i samtalen og ikke kan spørres om råd.

Regjeringen ønsker å øke bruken av skjermtolking i spesialisthelsetjenesten. Betydningen av et fagmiljø for tolker, mengdetrening og behov for kvalitetssikring av tolketjenestene tilsier at større enheter trolig vil bidra til å fremme god tolkning. NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor pekte på at

Boks 3.5 Bruk av tolk for den samiske befolkningen

Samisk tolketjeneste er et tilbud på nordsamisk for Finnmarkssykehuset HF. Tjenesten skal innføres i alle helseforetak i Helse Nord i løpet av 2019. Samisk tolketjeneste gir tilbud om tolking alle dager fra kl. 08.00–22.00. En tolk har kontor ved klinikk Hammerfest, og seks fjerntolker arbeider i turnus for å dekke ettermiddag, kveld og helg. Alle tolker har mulighet til å bruke video i tolkearbeidet. Å videreutvikle samisk tolketjeneste er et mål i Strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Dette ved å etablere en god tolketjeneste på nord-, sør- og lulesamisk nasjonalt.

økt bruk av skjermtolking også kan ha samfunnsøkonomiske gevinster og bidra til god utnyttelse av tolkenes kapasitet. Helseforetakene bør derfor vurdere mulighetene for samarbeid om skjermtolking på tvers av foretak og helseregioner for å oppnå bedre kvalitet og ressursbruk. Helseforetakene bør også vurdere samarbeid med kommunene om skjermtolking.

3.4.3 Digitale innbyggertjenester

Innbyggerne i Norge er blant de mest digitale i verden. Vi er vant til å kunne finne informasjonen vi trenger på nett og kommunisere med offentlige og private aktører digitalt. Helse- og omsorgstjenesten har de senere årene begynt å tilby digitale innbyggertjenester, det vil si tjenester som gir informasjon, mulighet til innsyn i egne helseopplysninger og tjenester som legger til rette for aktiv deltakelse i egen helse og behandling.

Alle innbyggere har tilgang til generelle råd om helse og livsstil samt kvalitetssikret informasjon om behandlinger, rettigheter og kliniske studier via helsenor.no. Dette gjør det enklere for pasienter og pårørende å delta i beslutninger om egen helse og behandling. Ved å logge seg inn får innbyggerne tilgang til tjenester som hjelper dem å følge opp egen helse.

Innsyn i egen pasientjournal har vært en rettighet lenge. Digitalt innsyn via helsenor.no er en måte å oppfylle denne rettigheten på en enklere og mer tilgjengelig måte. Pasientene slipper å be om papirutskrift for å se hva som har blitt

skrevet og avgjort, det er enklere å forberede seg til en konsultasjon, og pasienten får oversikt over hvem som har sett deres journal. Digitalt innsyn i journaldokumenter styrker pasientsikkerheten når pasienten kan lese hva som står i sin pasientjournal og på den måten kvalitetssikre informasjonen. Samtidig styrkes personvernet ved at pasienten kan se hvem som har sett informasjon om dem.

Tjenester som digital timebestilling, status på henvisninger og oversikt over resepter bidrar til at pasienten har mer kontroll over egen helse og i større grad kan tilpasse kontakten med helsetjenesten til egen hverdag. Mulighet for å sende digitale dialogmeldinger til fastlege og behandlere i spesialisthelsetjenesten gjør det enklere å avklare forhold knyttet til behandling og oppfølging samt mer administrative forhold. Helse Vest RHF viser til at innføring av digital timebestilling har bidratt til å redusere andelen av timer hvor pasienten ikke møter opp fra fem prosent i 2013 til tre prosent i 2019 (per oktober), med variasjon innen ulike fagområder. Innen somatikk er andelen redusert fra tre til en prosent, mens for psykisk helsevern for barn og unge er andelen redusert fra seks til tre prosent.

Alle helseregionene er opptatt av å kunne tilby digitale tjenester til innbyggerne. Tempoet i utrolingen av tjenester har vært ulikt mellom regionene på grunn av ulike teknologiske forutsetninger. Hvilke tjenester som er tilgjengelige for innbyggerne, avhenger av hvilken region man bor i:

- Helseregion Nord: Innsyn i pasientjournal og tilgangslogg, henvisningsstatus, mulighet for å vise timer, noe varsling og mulighet for å endre timer, utsending av innkallingsbrev via innsyn
- Helseregion Midt-Norge: Mulighet for å vise timer, noe varsling og mulighet for å endre timer
- Helseregion Vest: Innsyn i pasientjournal og tilgangslogg, henvisningsstatus, informasjon om kontaktlege og forløpskoordinator, mulighet for å vise timer, noe varsling og mulighet for å endre timer, dialog mellom behandler og pasient ved enkelte avdelinger og for forløpskoordinatorer for kreft

- Helseregion Sør-Øst: Innsyn i pasientjournal og tilgangslogg, utsending av innkallingsbrev.

At bosted avgjør tilgang på digitale innbyggertjenester, er ikke i samsvar med målet om likeverdig tilgang på spesialisthelsetjenester. Samtidig er det ikke ønskelig at regionene som er kommet lengst, skal redusere sitt ambisjonsnivå – tvert imot. Regjeringen legger derfor vekt på at alle regionene anstrenger seg for å kunne tilby flere og bedre innbyggertjenester. Det er et mål at alle helseregionene innen 2023 kan tilby sine innbyggere nettbasert timeadministrasjon, digitale innkallingsbrev, digital dialog/konsultasjon og journalinnsyn. Regjeringen legger til grunn at regionene samarbeider enda tettere, både med hverandre og med Direktoratet for e-helse, om utvikling av digitale innbyggertjenester for å nå dette målet. Samtidig skal det utvikles og breddes ut nye digitale innbyggertjenester i regionene.

Regjeringen legger til grunn at helsenorge.no er, og fortsatt vil være, innbyggernes hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Det er et mål at helsenorge.no skal tilrettelegges med grensesnitt som åpner for at ulike aktører og leverandører kan gjøre sine løsninger tilgjengelig på helsenorge.no.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene utvikler også digitale innbyggertjenester. DigiHelse er et eksempel på en løsning som gir brukere av hjemmebaserte tjenester og deres pårørende mulighet til å kontakte helsetjenestene i sin kommune via helsenorge.no. Pasienter og pårørende kan sende og motta meldinger, se avtaler og få varsler om utførte besøk. DigiHelse er innført i 34 kommuner som dekker om lag 32 prosent av innbyggerne. KS har ansvar for nasjonal innføring og arbeider for at løsningen skal tas i bruk i samtlige kommuner for å sikre et enhetlig tjenestetilbud til innbyggerne. Tilsvarende har 1459 (32 prosent) fastleger tatt i bruk tjenesten digital dialog fastlege via helsenorge.no. Dette betyr at innbyggerne på listen kan kontakte legekantoret gjennom digitale meldinger, bestille time og fornye resept digitalt og gjennomføre e-konsultasjoner.

Boks 3.6 Regjeringen vil

- legge til rette for at pasienten kan være en aktiv deltaker i beslutninger om egen helse og i utviklingen av helsetjenestene
- øke bruken av skjermtolking i spesialisthelsetjenesten
- arbeide for å heve helsekompetansen i befolkningen
- at tjenesten skal bruke klart språk i kommunikasjonen med pasientene
- bidra til bedre pasient- og pårørendeopplæring gjennom en revidering av lærings- og mestringstjenestene
- at innbyggerne skal få tilgang til flere digitale innbyggertjenester

4 En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste

Boks 4.1 Hvor vil vi?

Pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det er etablert god samhandlingskultur, felles forståelse av hva helseforetak og kommuner skal samhandle om og hvordan de skal gjøre det. Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere i helsefellesskap. Sammen med brukere og fastleger utvikler og planlegger de tjenester til sårbare pasientgrupper med behov for tjenester fra begge nivå. Tilrettelagt styringsinformasjon og felles fremskrivingsverktøy bidrar til felles virkelighetsforståelse og understøtter felles planlegging. Helseforetak og kommuner inngår avtaler om lokalt tilpassede måter å løse oppgavene på til det beste for pasientene. Helsedirektoratet gir god veiledning om det lokale handlingsrommet og innretningen av samhandlingen. Stortinget behandler Nasjonal helse- og

sykehusplan hvert fjerde år der det formidles forventninger til helsefellesskapene om utvikling av helse- og omsorgstjenesten.

Pasientforløp på tvers av og innad i kommuner og sykehus kjennetegnes ved gode rutiner i overgangene som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet, mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell og IKT-systemer som understøtter samhandlingen. Pasientforløp utvikles basert på kunnskap og erfaring. Tverrfaglige team på tvers av nivåer ivaretar behovene til pasienter med store og sammensatte behov. Spesialisthelsetjenesten møter pasientene i større grad i hjemmet og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og deler sin kompetanse – både fysisk og virtuelt. Lovverk for informasjonsdeling, finansieringsløsninger og styringsdata er tilpasset disse arbeidsformene.

4.1 Fra parter til partnere

Alle pasienter skal motta helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet uavhengig av hvor i landet de bor og hvem som yter tjenestene. Dette krever godt samarbeid mellom helsepersonell rundt den enkelte pasient, men også mellom ledelsen i kommuner og sykehus. Det stiller store krav til koordinering og samarbeid. For ofte oppstår det svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner. For ofte opptrer kommuner og sykehus som parter og ikke partnere. For ofte kjenner ikke kommuner og sykehus til hverandres planer for utvikling av tjenestene.

Samtidig har mye blitt bedre siden samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Alle helseforetak har inngått samarbeidsavtaler med kommunene i opptaksområdet sitt, og det er etablert strukturer for samarbeid. Evalueringer av samarbeidsavtalene og innspill fra representanter fra kommuner og helseforetak tyder på at avtalene

har vært viktige for å tydeliggjøre ansvar og oppgavedeling.¹ Samtidig gis det uttrykk for at dialogen har vært orientert mot deling av ansvar og håndtering av økonomiske konsekvenser, noe som kan ha flyttet oppmerksomheten bort fra felles utvikling av bedre tjenester. Det oppleves også av mange som utfordrende å oppnå likeverdighet i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Kommuner og helseforetak bør derfor finne sammen i et bedre og mer likeverdig partnerskap. Nasjonale myndigheter må gi tydeligere forventninger til et slikt partnerskap og støtte dette gjennom ulike tiltak.

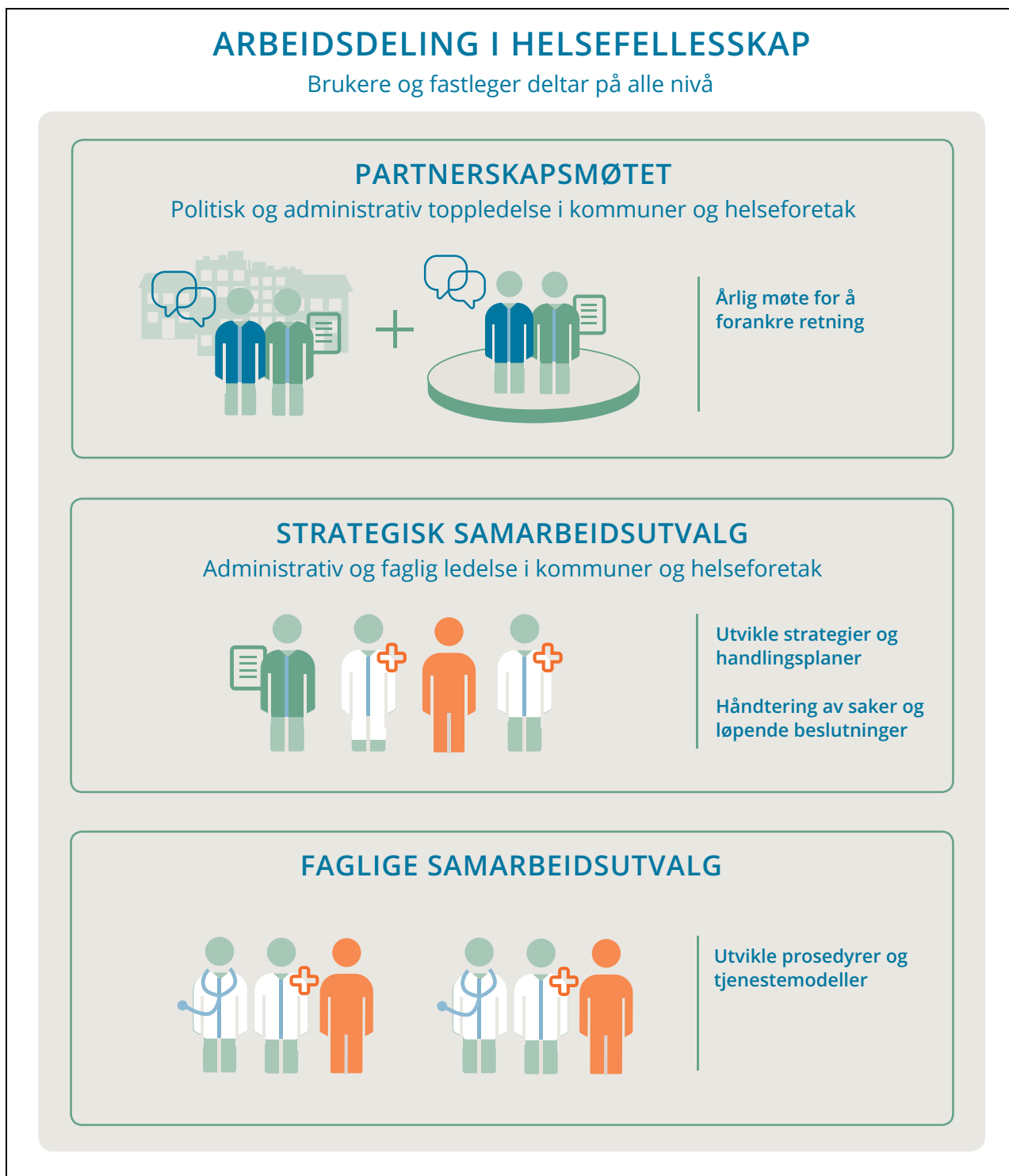
¹ Forskningsrådet (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). KS (2014) Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak – kvalitativ studie av erfaringer med avtalene. FoU-prosjekt nr.:134017 Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2014). Statusrapport for samhandlingsreformen.

4.1.1 Etablering av helsefelleskap

Regjeringen ønsker å etablere 19 helsefelleskap mellom kommuner og sykehus med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene.² Regjeringen og KS deler målet om å skape en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og har derfor inngått en avtale om innføring av helsefelleskap, se. vedlegg 1.

Regjeringen og KS er enige om prinsippene helsefelleskapene skal bygge på.

² Det er i dag 20 helseforetak som driver sykehusvirksomhet. 19 av 20 helseforetak har et definert ansvar for å yte spesialisthelsetjenester for befolkningen i sitt geografiske opptaksområde. Sunnaas sykehus HF er spesialisthelsetjeneste innen fysikalsk medisin og rehabilitering med regionale og nasjonale oppgaver, og har følgelig ikke et befolkningsansvar som de øvrige helseforetakene.



Figur 4.1 Arbeidsdeling i helsefelleskap

I helsefelleskapene vil representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Fastlegene bør få en rådgivende rolle, kommunene i helseforetaksområdene bør samordne seg bedre enn i dag, og nasjonale myndigheter må være tydelige i sine forventninger til hva kommuner og sykehus bør oppnå i de nye helsefelleskapene. Nasjonale myndigheter må i tillegg støtte helsefelleskapene gjennom bedre styringsinformasjon og fremskrivingsverktøy og ved å gjennomføre tiltak som bedrer pasientforløpene.

En utfordring for samarbeidet i dag ser ut til å være at saker ikke alltid blir diskutert på rett nivå av personer med riktig kompetanse og myndighet. Dette kan ha sammenheng med at samarbeidsavtalene omhandler både overordnede strategiske spørsmål og konkrete prosedyrer. Det bør derfor bli tydeligere hva som er strategiske spørsmål som toppledelsen i sykehus og kommuner har et hovedansvar for å drøfte, og hva som handler om utvik-

ling av prosedyrer og rutiner for pasientbehandling som helsepersonell nær pasienten bør utvikle. Den nasjonale veilederen til samarbeidsavtalene skal derfor revideres, slik at det blir klarere hva formålet med de ulike avtalene er, og hvem de retter seg mot. Regjeringen anbefaler at helsefelleskapene skiller tydeligere mellom hhv. overordnede prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger.

Figur 4.1 illustrerer en slik tredelt struktur. I partnerskapsmøtet vil toppledelsen i kommunene og toppledelsen i helseforetaket møtes årlig for å forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker. Partnerskapsmøtet bør være todelt – en dialogdel der politisk tillitsvalgte i kommunene og styremedlemmer i helseforetak deltar i dialog om overordnet retning, og en operativ del der administrativ toppledelse avklarer mål og rammer for arbeidet i helsefelleskapet. Innenfor disse rammene bør faglige og administrative ledere i kommuner og helseforetak drive felles strategisk planlegging og fatte beslutninger i konkrete samarbeidssaker i strategisk samarbeidsutvalg. Fagfolk i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i hel-

Boks 4.2 Erfaringer fra Østfold

Sykehuset Østfold HF og 18 kommuner, som er organisert i fem legevakt-/helsehussamarbeid, har siden inngåelse av samarbeidsavtaler i 2004 arbeidet systematisk med å etablere gode modeller og rutiner for samhandling. En evaluering av avtalene og det administrative samarbeidsutvalget i 2017 konkluderte med at det var behov for sterkere ledelsesforankring, bedre koordinering av kommunenes innsats, bedre sortering av problemstillingene og mer likeverdighet i samhandlingsutvalgene. Det ble derfor i 2017 etablert en struktur med partnerskapsmøte, samarbeidsutvalg, samarbeidssekretariat og ulike faglige underutvalg. I det årlige partnerskapsmøtet møtes administrerende direktør ved helseforetaket, 18 rådmenn, pasientorganisasjonene og samarbeidsutvalget for å gi overordnede strategiske føringer og retning for samhandlingen. I forkant av partnerskapsmøtet arrangeres et dialogmøte der politisk og administrativ ledelse i alle kommunene møter styret og ledelsen i sykehuset for utveksling av informasjon og orientering om viktige saker av politisk betydning.

Kommunene og helseforetaket har trukket frem at en av suksessfaktorene er at saksbehandlingen foregår i to trinn. En sak settes først opp til drøfting i samhandlingssekretariatet

(enkelte ganger direkte i samhandlingsutvalget (SU)). Der drøftes den av de samarbeidende kommunene og i foretaket, og settes opp til beslutning i påfølgende møte i samhandlingsutvalget (SU) eller i samhandlingssekretariatet (SEKR), avhengig av sakstype. Dette gir forutsigbarhet og rom for forankring. Kommunene og sykehuset har avtafestet at beslutninger er bindende ved konsensus. De som deltar i samarbeidsutvalget og samhandlingssekretariatet fra kommunene og sykehuset kan forplikte dem de representerer. Samhandlingsutvalget behandler saker med større administrative og økonomiske konsekvenser, mens saker av faglig karakter med mindre økonomiske og administrative konsekvenser håndteres i samhandlingssekretariatet. I begge disse organene stiller det fem representanter fra kommunene (én fra hvert legevakt-/helsehussamarbeid), fem fra helseforetaket, en fastlege og en representant fra henholdsvis ansattorganisasjoner og pasient- og brukerorganisasjoner. Det er også faste faglige underutvalg samt faglige utvalg som settes ned ved behov for utredninger. I 2017 ansatte de samarbeidende kommunene en felles samhandlingssjef for å koordinere kommunene bedre og bidra til god og likeverdig samhandling.

seforetak vil i faglige samarbeidsutvalg utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller basert på føringer fra strategisk samarbeidsutvalg. Brukerrepresentanter og fastleger bør delta på alle nivåer – både i det strategiske arbeidet og i utvikling av konkrete prosedyrer.

Nasjonale forventninger er ikke bindende for kommunene. Kommunene er folkevalgte selvstendige rettssubjekter, og statlig styring av kommuner skal skje gjennom lov eller forskrift.

Den formelle beslutningsmyndigheten i helsefelleskapene vil ligge i helseforetakene og kommunene. Dette innebærer at samarbeidsstrukturen må legge til rette for forutsigbare og transparente beslutningsprosesser, og forutsetter at både de samarbeidende kommunene og sykehusene i helseforetaket er samordnet internt. I dag løses dette på litt ulike måter rundt om i landet, og det varierer hvor godt man lykkes. Samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket i Østfold er et godt eksempel på hvordan beslutningsprosessene kan organiseres, jf. boks 4.2. Regjeringen ønsker at helsefelleskapene lærer av erfaringene til de som har lykkes godt med samhandling, samtidig som det skal være rom for lokal tilpasning.

Det varierer hvor mange sykehus og kommuner som vil inngå i de ulike helsefelleskapene. Sykehuset i Vestfold HF består eksempelvis av ett hovedsykehus og samarbeider med syv kommuner, mens Sykehuset Innlandet HF består av fem somatiske og to psykiatriske sykehus og samarbeider med 42 kommuner. I noen byområder, som Oslo og Bergen, vil også private ideelle sykehus som Diakonhjemmet og Haraldsplass Diakonale Sykehus være en del av helsefelleskapene. De enkelte helsefelleskapene vil derfor kunne ha behov for ulike tilpasninger i samarbeidsstrukturen.

For at helsefelleskapene skal lykkes, og kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere, må sakene være godt forberedt. Velfungerende sekretariatsfunksjoner – både mellom kommuner og helseforetak og mellom samarbeidende kommuner – er et viktig virkemiddel for å sikre åpenhet og legitimitet i beslutningsprosessene. Kommunene i Agder har blant annet pekt på felles sekretariat som en suksessfaktor for samarbeidet mellom kommunene. Sekretariatsfunksjoner er en sentral forutsetning for at kommunene i helsefelleskapet kan samordne seg, det vil si at noen kommuner stiller i samarbeidsutvalget på vegne av en gruppe kommuner. Dette er allerede tilfellet mange steder, jf. figur 4.2, men det varierer hvilken myndighet representantene stiller med og dermed hvor forpliktende beslutninger i samarbeidsutvalgene er.

Regjeringen og KS er enige om at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet. Flere steder har samarbeidende kommuner ansatt samhandlingskoordinator eller samhandlingssjef for å sørge for bedre koordinering og forutsigbarhet for kommunene som representeres, forberede beslutningsgrunnlag, sikre en helhetlig fremstilling av saker fra kommunene og bidra til et likeverdig partnerskap i møte med helseforetaket. Tilsvarende må helseforetak som favner flere sykehus og enheter, sørge for at disse opptrer samordnet i helsefelleskapet.

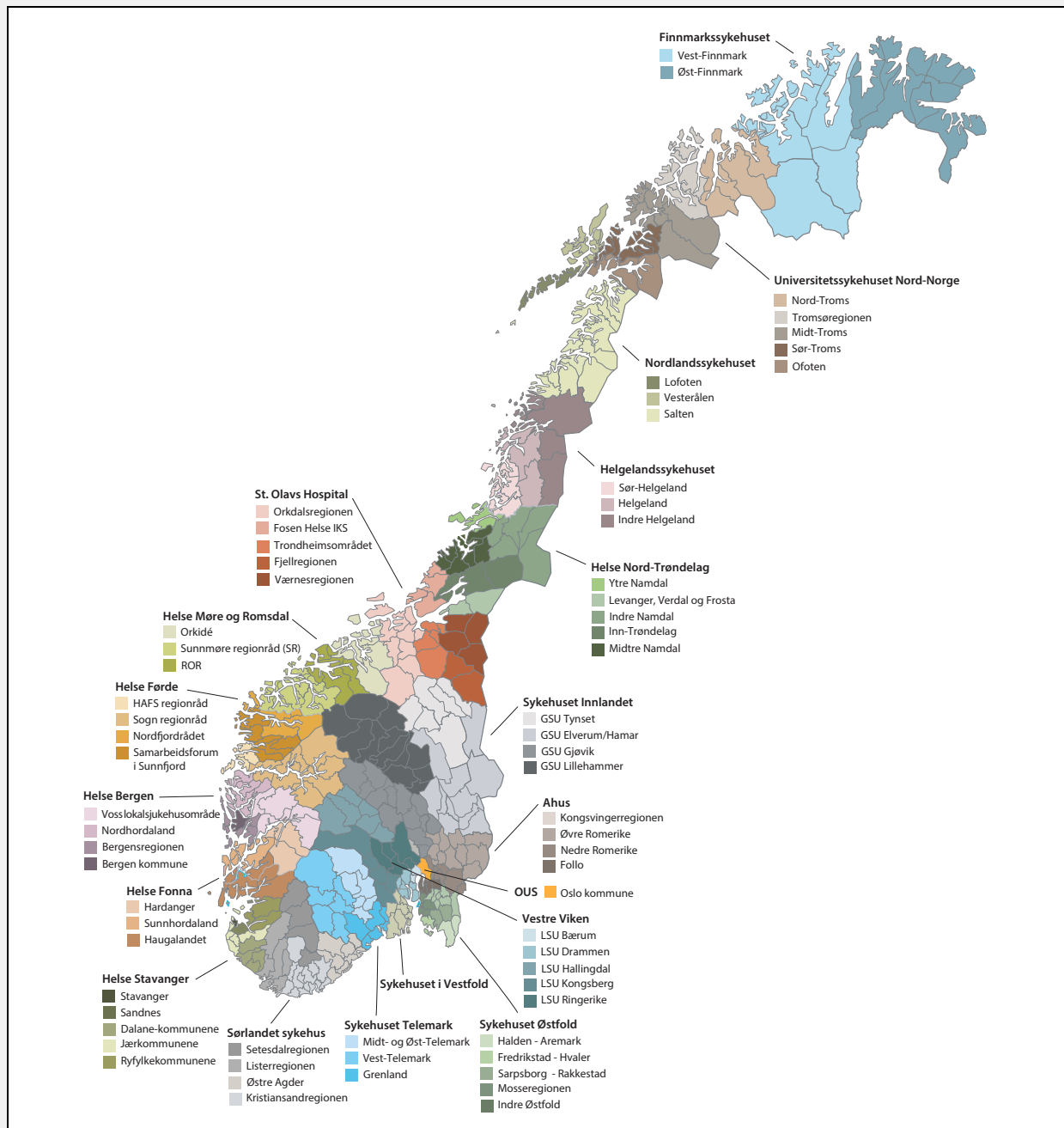
Fastlegen er en viktig aktør i pasientens helse-tjeneste og utgjør en sentral del av den medisinskfaglige kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Fastlegen bør ha en viktig rolle i utarbeidelsen av konkrete medisinskfaglige prosedyrer og retningslinjer. For å sørge for gode pasientforløp og en helhetlig strategisk tenking, bør imidlertid fastlegene også delta i det strategiske samarbeidsutvalget. Ettersom kommunene har ansvar for fastlegeordningen, bør de samarbeidende kommunene i helsefelleskapet utpeke fastleger som kan bidra med sin kompetanse, og ha en rådgivende rolle i samarbeidsutvalget.

Når helsefelleskapene skal utvikle konkrete pasientforløp og tjenestemodeller eller planlegge for fremtidige kompetansebehov, vil det være aktuelt å involvere representanter fra andre berørte sektorer. Det kan eksempelvis være relevant å inkludere kriminalomsorgen dersom tjenester for innsatte skal utvikles, eller Bufetat og kommunale aktører når det er snakk om tjenester til barn og unge.

En frivillig og konsensusbasert modell innebærer risiko for at kommuner og helseforetak, eller samarbeidende kommuner, av og til ikke blir enige. Da kan resultatet bli stillstand og dårligere tjenester til pasientene. Samtidig vil en videreutvikling av de eksisterende samarbeidsstrukturene underbygge et interessefelleskap, bidra til bedre prosesser og gjøre det enklere å komme til enighet i krevende saker. Regjeringen, i samarbeid med KS, vil fra nasjonalt hold understøtte etableringen og utviklingen av likeverdige partnerskap mellom kommuner og sykehus i helsefelleskapene.

Kommuner og helseforetak bør ha innført anbefalt samarbeidsstruktur eller besluttet hvordan de vil samarbeide, innen utgangen av 2020. De regionale helseforetakene vil bli bedt om rapportering på status for samarbeidsstruktur i årlig melding for 2020, som legges fram våren 2021. Rapporteringen skal skje i samråd med de samarbeidende kommunene.

Boks 4.3 Etablerte kommunesamarbeid



Figur 4.2 Etablerte kommunesamarbeid

GSU – Geografiske samarbeidsutvalg

LSU – Lokale samarbeidsutvalg

De syv kommunene i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold er ikke organisert i grupperinger i møte med helseforetaket.

Kilde: De regionale helseforetakene

Kartet illustrerer etablerte samarbeidsstrukturer mellom kommuner og helseforetak med utgangspunkt i kommunestrukturen per 2019 basert på innspill fra de regionale og lokale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet

tar forbehold om at det kan være feil i koblingen av enkeltkommuner til respektive kommunesamarbeid. Det kan for øvrig bli endringer i kommunesamarbeidene som følge av endringer i kommunestruktur som trer i kraft fra 1.1.2020.

4.1.2 Bedre felles planlegging

I det offentlige ordskiftet blir det fra kommunehold ofte hevdet at sykehusene skriver ut pasientene for tidlig. Fra sykehushold blir det gjerne hevdet at manglende oppfølging av pasientene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fører til sykehusinnleggelses som kunne vært unngått. Begge deler kan nok være delvis sant. Samtidig signaliserer det et fravær av felles ansvar for helheten i pasientforløpene. Etablering av helsefelleskapene legger til rette for at kommuner, herunder fastleger, og helseforetak i samarbeid med brukere kan utvikle tjenestene basert på en felles virkelighetsforståelse. Regjeringen vil gjennom denne og kommende Nasjonal helse- og sykehusplan formidle mål for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og forventninger til hva helsefelleskapene bør prioritere.

Dagens lovverk setter krav om inngåelse av samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak og definerer hvilke temaer avtalene som et minimum skal omfatte. Departementets inntrykk er at både kommuner og helseforetak opplever avtalene som nyttige og ønsker å videreutvikle dem.

Enighet om konkrete prosedyrer i samarbeidsavtaler innebærer likevel ikke nødvendigvis at sykehus og kommuner er enige om hvilke pasientgrupper som har samhandlingsbehov, hvilket forløp de trenger eller hvilken kapasitet og kompetanse det må planlegges for på kort og lang sikt. Dette forutsetter felles planleggingsprosesser og utvikling av felles virkelighetsforståelse. Både kommuner og helseforetak er lovpålagt å utarbeide planer for sine respektive virksomheter. Slike bestemmelser er nedfelt i blant annet spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helseforetaksloven, kommuneloven og plan- og bygningsloven. Samtidig varierer det i hvilken grad det er reell involvering i hverandres planprosesser for utvikling av tjenestene. Noen steder har man langt på vei lyktes med dette og hatt gode prosesser (se eksempel fra Agder i boks 4.4), men ikke alle steder. Helseforetakene er pålagt å involvere kommunene i utarbeidelsen av lokale utviklingsplaner. Det finnes samtidig få eksempler på at kommuner involverer helseforetakene i sine planprosesser. Innspillene til departementet fra kommuner og helseforetak viser at det er behov for å bli flinkere til å involvere hverandre og planlegge sammen.

Behovet for bedre felles planlegging må også ses i sammenheng med tilbakemeldinger som viser at ulike plikter og ordninger som skal bidra

Boks 4.4 Samhandlingsmelding for rus- og psykisk helsefeltet i Agder

Kommunene i Agder og Sørlandet sykehus HF har utarbeidet *Samhandlingsmelding for rus- og psykisk helsefeltet i Agder*. Bakgrunnen var blant annet arbeidet med sykehusets utviklingsplan og Kristiansand kommune sin melding om kunnskapsgrunnlag for strategisk utvikling av fremtidsrettede tjenester på helse- og omsorgsfeltet. Både kommuner og sykehus ønsket et felles kunnskapsgrunnlag som basis for endringer i organiseringen av tjenestene. Målet var å skape en felles virkelighetsforståelse av utfordringsbildet, utarbeide virkningsfulle tjenester og bidra til god totalutnyttelse av ressursene i Agder. I meldingen presenteres en kartlegging av befolkningens psykiske helseutfordringer i regionen. Det er også identifisert samhandlingsutfordringer, og det redegjøres for satsingsområder som prioriterte pasientgrupper, komplementære tjenestetilbud og arenafleksible tjenester. Meldingen ble vedtatt i Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg 1. mars 2018. Kommunene og helseforetaket har utarbeidet en implementeringsplan og jobber med å gjennomføre strategien i meldingen blant annet gjennom et felles fagråd innen psykisk helse og rus.

Kilde: Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune.

til mer sammenhengende tjenester ikke alltid fungerer godt nok. Dette omfatter plikter og ordninger som kontaktlege, koordinator, individuell plan og koordinerende enheter i både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tilbakemeldinger viser at det er potensiale for å bruke disse ordningene bedre og i større utstrekning.

Regjeringen og KS anbefaler at helseforetaket og kommunene inngår en konkret avtale om hvordan de skal drive utvikling og planlegging av tjenestene i helsefelleskapet. Regjeringen vil i tråd med dette fremme forslag om å innføre et krav i regelverket om at samarbeidsavtalene skal inneholde omtale av hvordan kommuner og foretak skal drive utvikling og planlegging av tjenestene. Det vil kunne bidra til at oppmerksomheten skiftes fra detaljer og deling av ansvar til felles mål og felles utvikling av tjenestene. Målet er ikke at kommuner og sykehus skal ha én felles plan for all tjenesteutvikling. Det handler om å involvere

hverandre i planer som har betydning for den andre, eksempelvis planer for den akuttmedisinske kjeden og utviklingsplaner, og sammen utvikle tjenestene til pasienter med behov fra begge tjenestenivåer. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med et lovforslag.

Felles virkelighetsforståelse er en viktig forutsetning for å planlegge og utvikle tjenester sammen. Kommuner og helseforetak har derfor behov for bedre styringsdata, analyser og fremskrivingsverktøy. Felles planlegging bør basere seg på fremskrivninger og analyser som ser den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng. Det er også behov for styringsinformasjon som går på tvers av forvaltningsnivå, som for eksempel informasjon om forløp, fastlegenes aktivitet og praksis og kvalitetsindikatorer for sentrale samarbeidsprosesser.

Noen helseforetak og kommuner har utviklet gode løsninger for styringsinformasjon, blant annet i Sogn og Fjordane. Helse Førde HF, kommunene i opptaksområdet og Høgskolen på Vestlandet etablerte i 2012 Samhandlingsbarometeret – et nettsted som gjør relevant styringsinformasjon knyttet til samhandling tilgjengelig for kommuner og helseforetak.³ Informasjonen er på kommunenivå og dekker fastlegenes henvisningspraksis, reinnleggelser, enkelte prosedyrer i spesialisthelsetjenesten, folkehelsedata, demografi med mer. Data er hentet fra KOSTRA, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. I dag er løsningen tilgjengelig for alle helseforetak og kommuner i Helseregion Nord og Vest. Etableringen av kommunalt pasientregister legger samtidig til rette for at Helsedirektoratet kan lage styringsinformasjon om forløp på tvers av kommuner og sykehus. Regjeringen vil sørge for at samarbeidet i helsefelleskapene understøttes gjennom utvikling av bedre styringsinformasjon, fremskrivingsverktøy og prediksjonsverktøy, jf. boks 4.5.

En aldrende befolkning og begrenset tilgang på helsepersonell innebærer behov for økt kunnskap om hvordan vi kan løse oppgavene til det beste for pasientene på en mest mulig effektiv måte. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten forplikter kommuner og helseforetak til å drive kontinuerlig evaluering av tjenestene som ytes. Dette har stor betydning for å vite om ressursene brukes på tjenester og tiltak som har ønsket effekt for pasientene. I tillegg

utgjør forsknings- og innovasjonsprosjekter og evalueringer et viktig grunnlag for å kunne dele og bredde ut virksomme tjenester når det utvikles noe nytt. HelseOmsorg21-rådet etablerte Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) som del av kunnskapsløftet for kommunene. Forskningsorganet har pekt på behovet for mer forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester generelt og spesielt på samhandling mellom kommuner og sykehus innen rus- og psykisk helsearbeid. Rapporten ble overlevert helseministeren og eldre- og folkehelseministeren i april 2019, og vil følges opp av departementet på egnet måte.

En annen viktig tilbakemelding fra tjenesten er at det er behov for tydeligere forventninger fra nasjonale myndigheter til samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Nasjonal helse- og sykehusplan skal fortsatt i hovedsak være regjeringens operative redskap for å angi retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Utviklingen av spesialisthelsetjenesten må imidlertid ses i nær sammenheng med utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen ønsker derfor at neste Nasjonal helse- og sykehusplan skal bygge på innspill fra helsefelleskapene. Dette vil danne grunnlaget for videre utvikling av samarbeidet og for å vurdere behovet for justering av nasjonale rammebetingelser i neste planperiode som forankres i Stortinget.

4.1.3 Hvilke pasientgrupper bør det planlegges for i fellesskap?

Mye av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det ikke behov for å planlegge i fellesskap. Noen pasientgrupper er primært mottakere av tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste og har lite kontakt med spesialisthelsetjenesten, og omvendt. Helsefelleskapene bør derfor konsentrere sin planlegging og tjenesteutvikling om de pasientgruppene hvor behovet for samhandling er størst.

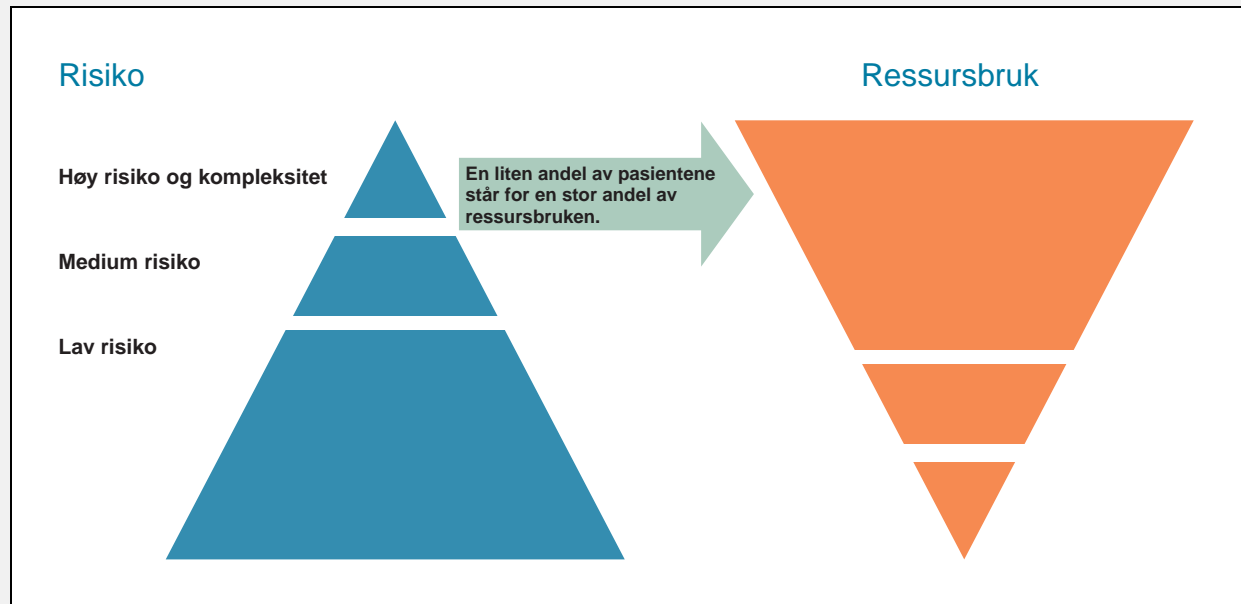
For å identifisere disse pasientgruppene er det nødvendig å snakke samme språk på tvers av kommuner og sykehus. Spesialisthelsetjenesten fokuserer tradisjonelt på diagnoser. Diagnoser alene gir imidlertid ikke et fullstendig bilde av hvilke behov pasienten har for tjenester og koordinering. Mange pasienter har mer enn én diagnose. En pasient med KOLS og diabetes kan ha gode forutsetninger for å klare seg selv, mens en annen med de samme diagnosene kan være langt mer hjelpetrengende. Funksjon er derfor minst like viktig som diagnoser for å si noe om behovet

³ <https://www.samhandlingsbarometeret.no/>, <https://samhandling-sfj.no/fag-og-forskning/samhandlingsprosjekt/samhandlingsbarometeret/>

Boks 4.5 Digitale verktøy for risikokartlegging

Systematiske tiltak for å få oversikt over risiko for innleggelse i sykehus og/eller økt behov for helse- og omsorgstjenester i en populasjon, ofte kalt risikokartlegging, kan gjøres på ulike nivåer. Folkehelseprofilene, som er utviklet av Folkehelseinstituttet, er et eksempel på kartlegging av helsetilstand på kommunenivå som kan brukes til å identifisere hvilke områder kommunene bør rette innsatsen mot. Risikokartlegging kan også skje med utgangspunkt i journaldata over eksisterende diagnoser og bruk av tjenester for å identifisere individer i en populasjon (eks. på en sykehusavdeling, fastlegens liste, en

kommune) som enten er stormottakere og der riktig oppfølging vil kunne redusere behovet, eller er i risikozonen for sykdomsforverring med økt behov for tjenester i årene fremover. På denne måten kan man fange opp behov tidlig og forebygge mer omfattende tjenestebehov og eventuelt sykehusinnleggelse. Figur 4.3 illustrerer at en liten andel av pasientene står for mye av ressursbruken i helse- omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har beregnet at de fem prosent mest ressurskrevende pasientene står for nesten halvparten av ressursbruken i somatisk spesialisthelsetjenste.



Figur 4.3 Brukes ressursene alltid på rett sted til rett tid?

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. Figuren er illustrerende og arealene i trekantene representerer ikke faktiske tall.

Identifikasjon av pasienter med store behov for helsetjenester, er sentralt i Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Som en del av piloten prøves det ut et digitalt risikokartleggingsverktøy som tar utgangspunkt i fastlegens journaler, og identifiserer pasienter som har høy risiko for sykehusinnleggelse, funksjonsfall, mv. Piloten pågår i kommunene Bø i Vesterålen, Lenvik, Flora, Steinkjer, Suldal og Asker. Lokalsykehusene som er tilknyttet pilotkommunene vil også få tilbud om å prøve ut verktøyet.

Ved Universitetet i Oslo pågår det et arbeid knyttet til prediksjon av risiko for å utvikle mul-

tisykdom og høyt behov for helsetjenester på tvers av forvaltningsnivå basert på store mengder data fra ulike kilder. Et sentralt aspekt ved dette arbeidet er at effektive tiltak potensielt kan settes inn på tidligere stadium i et multisykdomsforløp.

Kilde: Helsedirektoratet. Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Innhold og gjennomføring. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam>

for samhandling. Jo flere og mer alvorlige diagnoser en pasient har og jo flere aktører som skal yte tjenester til vedkommende, dess større blir kompleksiteten i samarbeidet rundt pasienten. Det stiller store krav til samordningen av tjenestene pasientene mottar.

Pasienter med stort behov for spesialisthelse-tjenester er ikke nødvendigvis de samme pasientene som krever mye ressurser i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Noen pasienter vil ha stort behov for tjenester fra begge nivåer, enten samtidig eller i ulike faser av livet. Det innebærer at helse- og omsorgstjenestene må samarbeide om de som har store behov her og nå, men også identifisere de som har risiko for å utvikle dette uten forebyggende tjenester. Hvordan helse- og omsorgstjenesten bistår pasienten i dag kan påvirke hvilke behov pasienten vil ha om fem, ti eller førti år. Bruk av prediksjonsverktøy og risikostratifiseringsverktøy på individ- og populasjonsnivå kan legge til rette for forebygging og bedre planlegging av tjenestetilbudet, jf. boks 4.5.

Med dette utgangspunktet vil regjeringen løfte frem fire pasientgrupper som helsefelleskapene særlig bør utvikle gode tjenester for:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

Behovet for bedre samarbeid rundt disse fire pasientgruppene er reflektert i regionale utviklingsplaner, innspill i møter med representanter fra kommuner og helseforetak samt i analyser fra Helsedirektoratet. For disse gruppene vil også samarbeid og involvering av pårørende være viktig. De tre første gruppene har alle begrenset evne til å koordinere egne behov, de møter mange aktører og er i kjernen av hvilke grupper sykehus og kommuner sammen bør yte bedre tjenester til. Personer med flere kroniske lidelser er en sammensatt gruppe med varierende funksjonsevne og kompleksitet i behandlingsbehov. Felles for de aller fleste personer med flere kroniske lidelser er at bedre og tettere oppfølging, og opplæring på laveste effektive omsorgsnivå, kan forebygge svært ressurskrevende tjenester i fremtiden. Personer med sammensatte kroniske lidelser er særlig avhengige av helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Pasientgruppene og deres behov er nærmere omtalt under avsnitt 4.3.

4.1.4 Behov for lokale tilpasninger

Kombinasjonen av en aldrende befolkning og begrenset tilgang på kvalifisert personell vil bli en utfordring over hele landet, men i ulik grad og på ulike måter. Befolkningsfremskrivingene fra SSB viser at den største svekkelsen i forsørgerbrøken (forholdet mellom personer i yrkesaktiv alder og personer over 67 år) skjer i Helseregion Nord. Flere kommuner i Nord-Norge nærmer seg allerede i dag et 1:1-forhold mellom innbyggere i yrkesaktiv alder og innbyggere som mottar alders- eller uførepensjon. Dette vil påvirke kommunenes evne til å yte helse- og omsorgstjenester i samsvar med lovpålagt ansvar. Selv om disse utfordringene er tydeligst i Nord-Norge, gjelder problemstillingen i hele landet, jf. boks 4.6.

Helse Nord RHF har sammen med Fylkesmannen i Troms og Finnmark, Fylkesmannen i Nordland og KS Nord-Norge etablert et samarbeid for å adressere bærekraftutfordringene i regionen. De har overfor departementet pekt på følgende utfordringer:

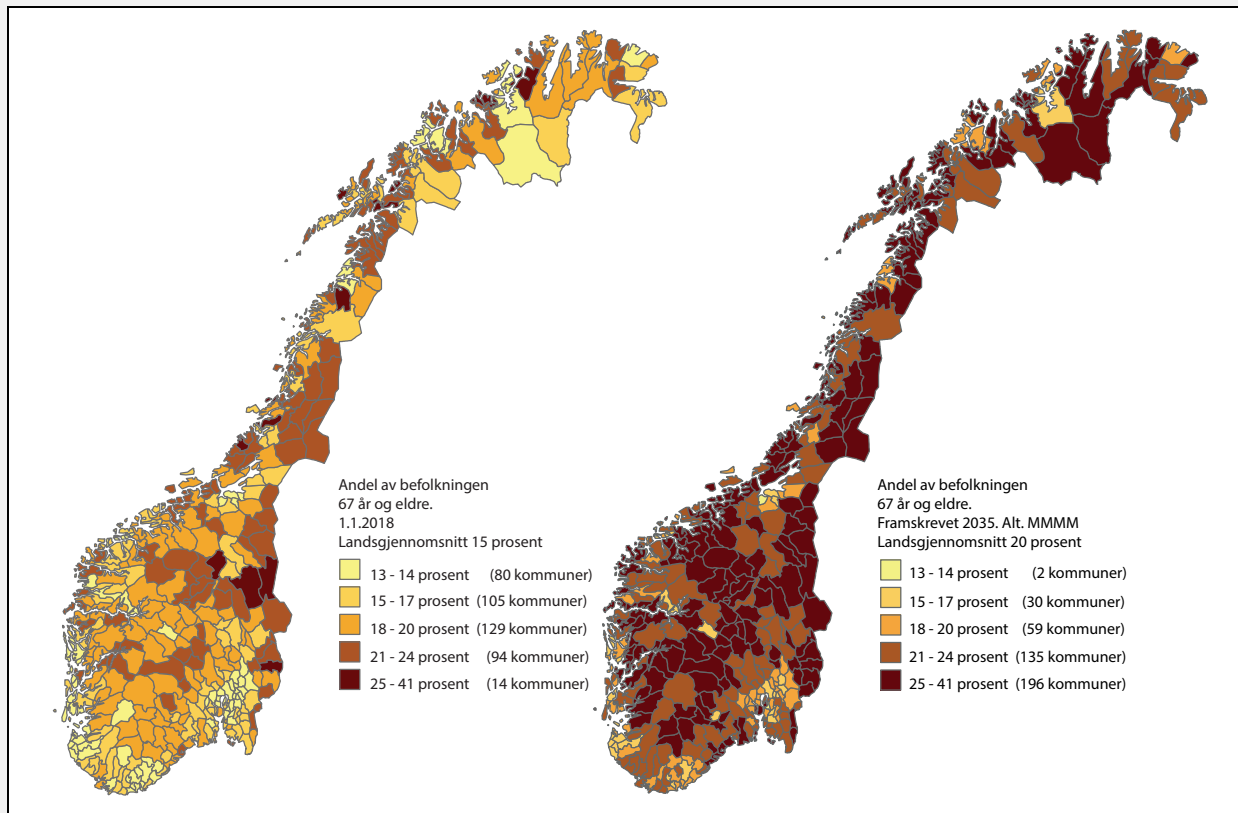
- mangel på kompetanse i mindre kommuner, særlig utfordringer med rekruttering av sykepleiere og leger i enkelte områder
- økende forskjeller i kommunestørrelse – Tromsø er 77 ganger større enn Loppa i innbyggertall, men alle kommunene skal løse de samme oppgavene
- enkelte kommuner vil ikke evne å yte tjenestene som innbyggerne har rett til. Dette rammer sårbare grupper som eldre og barn hardest
- digitalisering er løsningen på mye – men hvem har digitaliseringskompetansen i de små kommunene?
- ulike samarbeidskonstellasjoner avhengig av sektor gjør at strukturen er uoversiktlig og ineffektiv

I tillegg til de demografiske ulikhetene er det stor variasjon i geografiske forutsetninger – den beste måten å yte tjenester på i Stavanger er ikke nødvendigvis den beste måten i Hammerfest eller Ullensvang. Enkelte steder vil det for eksempel være hensiktsmessig at kommuner og helseforetak avtaler at kommunen yter avgrensede spesialisthelsetjenester, at helseforetaket yter tjenester på vegne av kommunen eller at kommunen og helseforetaket yter tjenester sammen. Målet om likeverdig tilgang til gode tjenester kan ikke oversettes til et krav om at tjenesten skal være likt organisert over alt. Når forutsetningene rundt om i landet er så ulike, tilsier målet om likeverdige tje-

Boks 4.6 Lokale forskjeller i bærekraftutfordringer

Fremskrivninger fra SSB indikerer at behovet for helsepersonell fram mot 2035 vil øke mest i og rundt storbyene, særlig i Oslo- og Akershusområdet, i Bergen, Trondheim og Stavanger. Det skyldes at bosettingsmønsteret i Norge blir stadig mer sentralisert, og at forventet levealder stiger. Mindre sentrale områder som Sogn og Fjordane, Finnmark og Helgeland har den laveste fremskrevne økningen i behov. Det betyr imidlertid ikke at rekrutteringsutfordringene vil bli størst i de sentrale områdene. Det er *kombinasjonen* av en aldrende befolkning og begrenset tilgang på kvalifisert personell som utgjør

bærekraftutfordringen. I de mest sårbare områdene vil både kommuner og spesialisthelsetjeneste møte betydelige rekrutteringsutfordringer i tiden fremover. Befolkningsfremskrivingene fra SSB viser at nesten én av fem kommuner vil ha en befolkningsprofil der mer enn 30 prosent av innbyggerne er 67 år og eldre i 2035. Ingen kommuner har en slik aldersprofil i dag. Åtte av helseforetakene¹ vil ha et opptaksområde med mer enn 0,4 innbyggere i pensjonsalder per innbygger i yrkesaktiv alder i 2035. Kartene i figur 4.4 illustrerer at disse utfordringene gjelder hele landet.



Figur 4.4 Demografisk utvikling 2018–2035

¹ Helse Førde HF, Helgelandssykehuset HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Nordlandssykehuset HF, Helse Møre og Romsdal HF og Sykehuset i Vestfold HF

Kilde: SSB

nester tvert imot at det må være rom for ulike organisering og lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak.

Pasientene er opptatt av at tjenestene de mottar er av god kvalitet, ikke hvem som har ansvar for å yte dem. Det er flere eksempler på at kom-

muner og helseforetak i fellesskap har utviklet gode måter å yte tjenester på:

- *Valdres lokalmedisinske senter* er et samarbeid mellom Valdres-kommunene, Sykehuset Innlandet HF og Oppland fylkeskommune. Her tilbys spesialisthelsetjenester som dialyse, spesi-

- alistpoliklinikker og røntgen, kommunale tjenester som legevakt, fastlege og jordmor samt tannhelsetjenester. Felles intermediærenhet brukes før, etter og istedenfor sykehusinnleggelse.
- *Rørosprosjektet* er et samarbeid mellom St. Olavs hospital HF og kommunene i Rørosområdet. Kommunen og sykehuset bruker moderne teknologi som mobil prøvetaking, videoløsninger og andre telemedisinske teknologier til å utføre avansert diagnostikk hjemme hos pasientene for å spare unødige transporter til legevakt og innleggelser. I tillegg samhandles det om å yte tjenester på tvers av nivåene uavhengig av hvor helsepersonellet er ansatt.
 - *Pasientsentrerte helsetjenesteteam* (se boks 4.13) er utviklet i samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og seks kommuner i Troms. Dette er tverrfaglige team på tvers av kommuner og sykehus rettet mot pasienter med store og sammensatte behov, fortrinnsvis multisyke eldre.
 - *SAM-AKS* står for samhandling mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem. Ansatte spesialsykepleiere fra avdeling for alderspsykiatri ved Sykehuset Innlandet er forutsigbart til stede ved sykehjem i kommunene. Dette bidrar til bedre undersøkelse og behandling av pasientene samt kompetanseutveksling for helsepersonell. Neste steg er å utvikle et samarbeid med hjemmetjenestene.
 - *Alta helsesenter* består av blant annet legevakt, sykehjem, spesialistpoliklinikk og sykestue. Sykestuen utfører spesialisthelsetjenester innen flere områder, herunder behandling av enklere medisinske tilstander, akutte tilstander for eldre og terminal behandling. I tillegg håndteres pasienter som skal legges inn på sykehus i påvente av forsvarlig transport, og pasienter som er utskrevet.
 - *Delt stilling for klinisk ernæringsfysiolog* mellom Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sagene bydel i Oslo.⁴ Sykehuset leier ut ernæringsfysiologen i en gitt stillingsprosent til bydelen. I bydelen er ernæringsfysiologen knyttet til hjemmetjenestene og bidrar med strategiarbeid, undervisning, veiledning og inngår i ulike team. Pasienter med behov for ernæringsoppfølging i bydelen og som legges inn i sykehus, blir dermed fulgt opp av den samme ernæringsfysiologen hele veien. Dette gir kontinui-
- tet og trygge overganger. «Sagene-Lovisenberg-modellen» er nå spredd til flere bydeler.
- *Jordmor heim* er et tilbud til fødende ved Haukeland universitetssykehus om å følges opp hjemme i Fjell kommune. Sykehuset ivaretar kvinner og barn med komplekse problemstillinger, mens kvinner med mindre komplikasjoner kan følges opp i kommunen. 76 prosent av kvinnene som fikk tilbud om oppfølging hjemme, takket ja, og tilbakemeldingene har vært svært positive. Kommunen sender jordmor og helsesykepleier hjem til kvinnene samtidig og kan slik fange opp eventuelle andre behov tidlig. Flere av kommunene i opptaksområdet til Helse Bergen HF tilbyr ulike varianter av barseloppfølging av jordmor etter fødsel.
 - *Legevaktpilottene* i Romsdalsregionen (Molde med omegn) og i Sogn og Fjordane skal se på nye måter å sikre forsvarlige legetjenester til befolkningen i griseværdte strøk med lang avstand til legevakt. Pilotene ser på nye måter både å anvende teknologi og organisere tjenestene på i samarbeid mellom kommuner og helseforetak.
 - *Aker helsearena* er betegnelsen på virksomheten som i dag ligger på området til gamle Aker sykehus i Oslo. Her er det utstrakt kontakt og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Over 1200 ansatte fra Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og Sunnaas sykehus arbeider daglig med klinisk aktivitet, kompetanseutvikling og utprøving av nye arbeidsformer og samhandlingsmodeller. Kombinasjonen av disse virksomhetsområdene er vesentlig for samhandlingsarenaens innhold og utvikling.

Innspillene til departementet tyder samtidig på at usikkerhet knyttet til regelverk, finansieringsordninger, styringskrav og normering kan hemme utvikling og implementering av nye tjenestemodeller. I arbeidet med nye tjenestemodeller kan det oppstå usikkerhet rundt medisinskfaglig ansvar, arbeidsgiveransvar, dokumentasjonsplikt, rammer for informasjonsdeling og finansieringsansvar. Regjeringen ønsker derfor å tydeliggjøre hvilke muligheter kommuner og helseforetak har for å utvikle felles tjenestemodeller innenfor dagens lovpålagte sørge-for-ansvar. Nasjonale myndigheter må bistå med veiledning og vurdere behovet for justeringer i lov og forskrift for å fjerne barrierer som hemmer ønsket utvikling. Dette vil bidra til bedre pasientbehandling og

⁴ Oslo kommune (2018). Mat styrker og gleder. Overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet 2018–2022

bedre utnyttelse av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten.

Den demografiske utviklingen kan føre til at de mest sårbare kommunene vil få vanskeligheter med å tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester som møter innbyggernes behov. Noen steder kan dette bety at de ikke vil være i stand til å oppfylle sitt sørge-for-ansvar for helse- og omsorgstjenester i form av hjemmesykepleie, sykehjemdrift og fastlegetjenester. For disse områdene kan det være behov for mer gjennomgripende tiltak enn det redegjøres for i denne helse- og sykehusplanen. Det er derfor viktig at helsefelleskapene i sine innspill til neste nasjonal helse- og sykehusplan identifiserer tiltak nasjonalt og lokalt som kan bidra til å sikre helse- og omsorgstjenester, også i de mest utsatte områdene.

Meld. St. 5 (2019–2020) Levende lokalsamfunn for fremtiden – Distriktsmeldingen redegjør for de betydelige utfordringene distriktskommunene står overfor. Utfordringene skyldes særlig en sterk økning i andelen eldre, som slår først og sterkest inn i de tynnest befolkede delene av landet. Det blir færre som kan sikre velferdssamfunnets bærekraft. Det blir sterkere konkurranse om kvalifisert arbeidskraft, som trengs for å gjennomføre nødvendige endringer i offentlig sektor og i næringslivet. Utredningen fra det nylig nedsatte offentlige utvalget som skal utrede konsekvensene av demografiutfordringer i distriktene, vil være et viktig grunnlag for utvikling av regjeringens politikk på dette området.

4.1.5 Samhandling på nasjonalt og regionalt nivå

Den viktigste samhandlingen skjer mellom de som skal yte tjenestene, det vil si helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og mellom dem og pasientene. De som har ansvar på regionalt og nasjonalt nivå må samtidig sikre riktige rammebetingelser for denne samhandlingen. Nasjonale helsemyndigheter må sørge for at nasjonale virkemidler støtter utviklingen vi ønsker oss, regionale helseforetak må følge opp nasjonale målsettinger, styre og koordinere helseforetakene og KS må ivareta kommunenes interesser på nasjonalt nivå. Legeforeningen har en særskilt rolle som avtalepart på nasjonalt nivå når det gjelder fastleger og avtalespesialister. I tillegg vil pasient- og pårørendeorganisasjoner og profesjonsorganisasjoner delta gjennom dialog og høringer knyttet til utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen vil peke på:

- de regionale helseforetakene og KS sitt ansvar for å drøfte og videreutvikle rammebetingelsene for utviklingen av helse- og omsorgstjenester og måloppnåelsen i helsefelleskapene
- betydningen av god dialog mellom de regionale helseforetakene, KS og arbeidstakerorganisasjonene
- ansvaret Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har for å tilpasse virkemidler på nasjonalt nivå, herunder finansieringsordninger, faglig normering og digitale forutsetninger, som understøtter bedre og mer sammenhengende tjenester. Direktoratene må ivareta dette ansvaret i tett dialog med hverandre og med tjenestene og brukerne. Direktoratene har også en sentral rolle som rådgivere for departementet, gjennomførere av vedtatt politikk og forvaltere av regelverk og tilskudd.

4.1.6 Kultur for samarbeid – en forutsetning for å lykkes

Kultur for samarbeid er avgjørende for om kommuner og sykehus lykkes med samhandlingen. Noen steder er kulturen preget av felles eierskap til pasientenes behov, vilje til å finne praktiske løsninger og god dialog både på strategisk og operativt nivå. Andre steder tar økonomi og tolkning av avtaler mye av oppmerksomheten, noe som kan bremse utvikling av gode tjenester.

Innspillene til arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan indikerer at helseforetak og kommuner opplever utfordringsbildet ganske likt, blant annet knyttet til aldrende befolkning, rekrutteringsutfordringer, for lite sammenhengende tjeneste, samt muligheter og kostnader knyttet til teknologi. Mange formidler at de har en opplevelse av at det nivået de selv er knyttet til (helseforetak eller kommune) må bære kostnadene ved endringer, mens det andre nivået mottar gevinsten. Regjeringen bestrider ikke at ansatte og ledere både i kommuner og sykehus kan oppleve det slik. I mange tilfeller vil begge sider trolig ha delvis rett – den ene gjør endringer som har konsekvenser for den andre, både økonomisk og organisatorisk, uten at dette er drøftet og avtalt på forhånd. Regjeringen mener samtidig at denne tilnærmingen er uttrykk for en uheldig partstenkning. En slik partstenkning kombinert med et statisk syn på innholdet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten bidrar ikke til å realisere pasientens helsetjeneste. Regjeringen mener at helsefelleskapene representerer en annen tilnærming.

Helsefellesskap tar utgangspunkt i at helseforetak og kommuner har et felles ansvar for å levere gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. I helsefellesskapet må de sammen planlegge hvordan pasientenes behov skal dekkes. Både pasientenes behov og de medisinske mulighetene er i rask endring. Helsefellesskapene må drøfte konkret hvordan oppgaver skal løses og avtale hvordan kostnader og gevinster skal fordeles. Variasjonen i lokale forutsetninger, jf. avsnitt 4.1.4, tilsier at det er lite hensiktsmessig å fastsette detaljerte føringer for oppgavedelingen mellom forvaltningsnivåene fra nasjonalt hold innenfor det lovpålagte sørge-for-ansvaret. Det er de som har ansvaret for å yte tjenestene lokalt, som er best egnet til å finne gode løsninger innenfor de rammene lover og forskrifter gir, de økonomiske rammene Stortinget har fastsatt og ved hjelp av de faglige rådene som Helsedirektoratet gir.

Helsefellesskapene må legge endring til grunn som det permanente, og utnytte mulighetene som ligger i den kontinuerlige utviklingen. En kultur for samarbeid som understøtter et likeverdig partnerskap, vil være helt sentralt for å håndtere den kontinuerlige endringen og finne de gode løsningene for pasientene. Kultur kan ikke vedtas i Stortinget eller i regjeringen – den skapes i møtet mellom mennesker. Systematisk og langsiktig relasjonsbygging ser ut til å være en nøkkelfaktor for å lykkes. Basert på innspill fra kommuner, sykehus og pasienter er det likevel mulig å peke på noen sentrale kjennetegn som ser ut til å understøtte en god kultur. Regjeringen oppfordrer alle helsefellesskapene til å drøfte hva dette betyr for dem konkret.

- *Start med pasientenes behov.* Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal være førende både på individnivå og på systemnivå. Dette innebærer å ta utgangspunkt i pasientens behov og deretter se på oppgavedeling og finansiering. Dette gir bedre dialog enn hvis inngangen er økonomi og juss.
- *Møt hverandre med respekt, tillit og likeverd.* Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har ulike oppgaver, ansvar og kompetanse. I et godt partnerskap må man respektere og verdsette ulikheter og anerkjenne hverandres utfyllende kompetanse. Tillit krever langsiktig relasjonsbygging, vilje til samarbeid og evne til å snakke hverandre opp og frem.
- *Etabler felles mål og virkelighetsforståelse.* Å jobbe mot mål man har definert sammen, har stor betydning for å bygge en god samarbeids-

kultur. Det er lett å ha oppfatninger om den andres rammebetingelser som ikke stemmer, basert på antakelser og myter. Bedre felles styringsdata er viktig for å sikre en felles virkelighetsforståelse. Felles verdier og prioriteringskriterier har også stor betydning.

- *Håndter uenigheter tidlig og systematisk.* Selv om helsefellesskapene vil bidra til å bygge interessefellesskap, vil det kunne oppstå uenigheter både mellom helseforetak og kommuner og mellom samarbeidende kommuner. Det er derfor viktig å utarbeide gode rutiner for hvordan dette skal håndteres.

4.2 Tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter

Ulike pasienter trenger ulike pasientforløp. Hva som må til for å skape gode pasientforløp vil derfor variere. Samtidig viser innspillene til departementet at det er noen elementer som kan bidra til bedre pasientforløp for alle pasienter:

- IKT-systemer som understøtter informasjonsdeling
- mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell
- metodikk for å utarbeide gode pasientforløp
- gode rutiner for henvisning, innleggelse og utskriving.

4.2.1 IKT-systemer som understøtter informasjonsdeling

I et pasientforløp, enten det er akutt eller planlagt, er det gjerne flere aktører involvert. For at behandlerne i hvert ledd skal kunne yte gode helse- og omsorgstjenester er de avhengige av tilgang til riktig og relevant informasjon til rett tid. At informasjonen følger pasienten, er også en sentral forutsetning når tjenestene utføres i team på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Trygge, helhetlige pasientforløp krever at IKT-systemene i kommuner og helseforetak understøtter samhandlingen mellom helsepersonell på tvers av virksomheter. Det pågår flere prosesser for å realisere et slikt målbilde. Dette er nærmere omtalt i kapittel 8.

4.2.2 Mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell

Helsepersonell i sykehus og kommuner har ofte behov for å konsultere hverandre i ulike faser av et pasientforløp. Det kan dreie seg om en fast-



Figur 4.5 Tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter

lege som trenger avklaring om videre oppfølging av en pasient, en spesialist på sykehus med behov for å innhente informasjon fra pasientens fastlege eller omsorgstjenesten, eller en uerfaren legevaktslege som trenger beslutningsstøtte før innleggelse i sykehus. Det handler om å gjøre seg tilgjengelig for hverandre og ivareta den gjensidige veiledningsplikten. I akuttsituasjoner er telefonen et viktig verktøy. Ved Diakonhjemmet har vakthavende lege i akuttmottaket en telefon som helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan ringe til for å få beslutningsstøtte. Finnmarkssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal benytte video slik at spesialistkompetanse blir tilgjengelig for legevaktsleger i akuttsituasjoner, jf. nærmere omtale i kapittel 5.

I situasjoner hvor det ikke haster, er sikre digitale meldinger et godt alternativ. Behovet for å kunne sende sikre digitale dialogmeldinger mellom fastleger og sykehusleger har blitt løftet i flere innspill til departementet. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF koordinerer arbeidet med å innføre meldingsstandard helsefaglig dialog i helse- og omsorgstjenesten. Denne standarden understøtter blant annet kommunikasjon mellom henvisende instans og spesialisthelsetjenesten – både før en eventuell henvisning og ved

behov for tilleggsinformasjon ved vurdering av henvisning. I 2019 ble det gjennom takstforhandlingene innført en ny samhandlingstakst for nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten.

4.2.3 Metodikk for å utarbeide gode pasientforløp

Gode pasientforløp oppstår ikke av seg selv. De må bygge på metodikk som er tuftet på forskning, kunnskapsbasert praksis og erfaringsutveksling. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet pakkeforløp for store pasientgrupper som kreft, hjerneslag og psykisk helse og rus. Dette er nasjonale, normgivende pasientforløp basert på beste faglige praksis som bidrar til å gi pasient og pårørende trygghet og forutsigbarhet. Helse- og omsorgsdepartementet bistår nå sykehus og kommuner i å implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus. Samtidig jobber departementet med å utvikle pakkeforløp for pasienter med smerter, utmattelse og muskelskjelettlidelser, pakkeforløp for kreftpasienter hjem og pakkeforløp for rehabilitering og oppfølging av pasienter som har hatt hjerneslag. De to sistnevnte vil i større grad enn tidligere involvere kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Flere helseforetak jobber med å standardisere pasientforløp internt i spesialisthelsetjenesten. Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) ved St. Olavs hospital HF har en sentral rolle som tilrettelegger og pådriver i utformingen av standardiserte pasientforløp både lokalt og regionalt. Det utarbeides forløpskart med henvisningsrutiner, utredning og behandling fremstilt i en tidslinje. Behandlere fra Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital har sammen med forløpsveiledere ved RSHU framstilt forløpene etter den beskrevne metoden og i henhold til nasjonale kriterier for pakkeforløp. Noen pasientforløp beskriver pasienttilbud som strekker seg fra hjem til hjem og inkluderer tjenester som utføres i kommunale institusjoner.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste har i mindre grad hatt tradisjon for å utarbeide standardiserte pasientforløp på tilsvarende måte som sykehusene. Dette har sammenheng med hvordan tjenestene er organisert, og reflekterer større oppmerksomhet på funksjon og mestring fremfor diagnoser. Læringsnettverkene i regi av KS og Folkehelseinstituttet er pedagogiske rammeverk for å spre god praksis på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner.⁵ Læringsnettverkene dreier seg blant annet om utskrivningsklare, eldre pasienter (se boks 4.7). Metodikken som benyttes er en arbeidsmetode for å drive lokalt forbedringsarbeid og felles kompetansebygging som kan anvendes på ulike pasientforløp. Læringsnettverkene er hovedsakelig rettet mot kommunene, men helseforetakene er pålagt å delta i læringsnettverk i kommunene i sine respektive opptaksområder.

Utviklingen av standardiserte pasientforløp har i hovedsak vært avgrenset til spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester hver for seg. Pasientenes behov strekker seg imidlertid ofte på tvers av forvaltningsnivåene, både i elektive og akutte pasientforløp. Helse Nord RHF ble i 2016 og 2017 tildelt midler fra departementet for å arbeide med prosedyrer, erfaringsutveksling, samhandling og kommunikasjon. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i prosjektet «Trygg akuttmedisin» samarbeidet med kommunene i opptaksområdet om felles prosedyrer for tidskritiske tilstander som hjertestans, akutt koronarsykdom, akutt respirasjonssvikt, alvorlig traume og hjerneslag. Helse Fonna HF og kommunene i opptaksområdet har utviklet syv samhandlingsforløp for de vanligste psykiske hel-

Boks 4.7 Læringsnettverk i Surnadal – Helhetlige pasientforløp

«Lederforankring, rolleavklaring og basiskompetanse er de tre viktigste elementene for å lykkes.» fremholder Margrethe Svinvik, enhetsleder i Surnadal kommune.

Hjemmetjenesten har utarbeidet sjekklister for første vurderingssamtale etter utskrivning fra sykehus eller sykehjem, inn- og utskrivning av sykehjem eller sykehus, rehabilitering, palliasjon, kreftpasienter, ernæring og demens.

«Har du en liste, så husker du alt du skal spørre om, både på en god og på en dårlig dag». «Det er så mye papir, så mange skjemaer». Dette var de første reaksjonene. Etter hvert sa de ansatte at vi skulle hatt med det og det i skjemaet. Nå fyller vi på, og så evaluerer vi. Det vi ikke bruker lenger, tar vi bort, informerer Svinvik.

God planlegging har bidratt til færre innleggelser og reinnleggelser. Surnadal har heller ikke så mange innleggelser på kveldstid. Det er en stor fordel.

Kilde: <https://www.ks.no/kommunespeilet/helse-sosial-og-omsorg/helhetlige-pasientforlop-ble-vinneroppskriften-for-surnadal/>

seplagene for barn og unge som gir oversikt over de ulike aktørenes ansvar og oppgaver. Dette er nærmere omtalt i avsnitt 5.8.4.

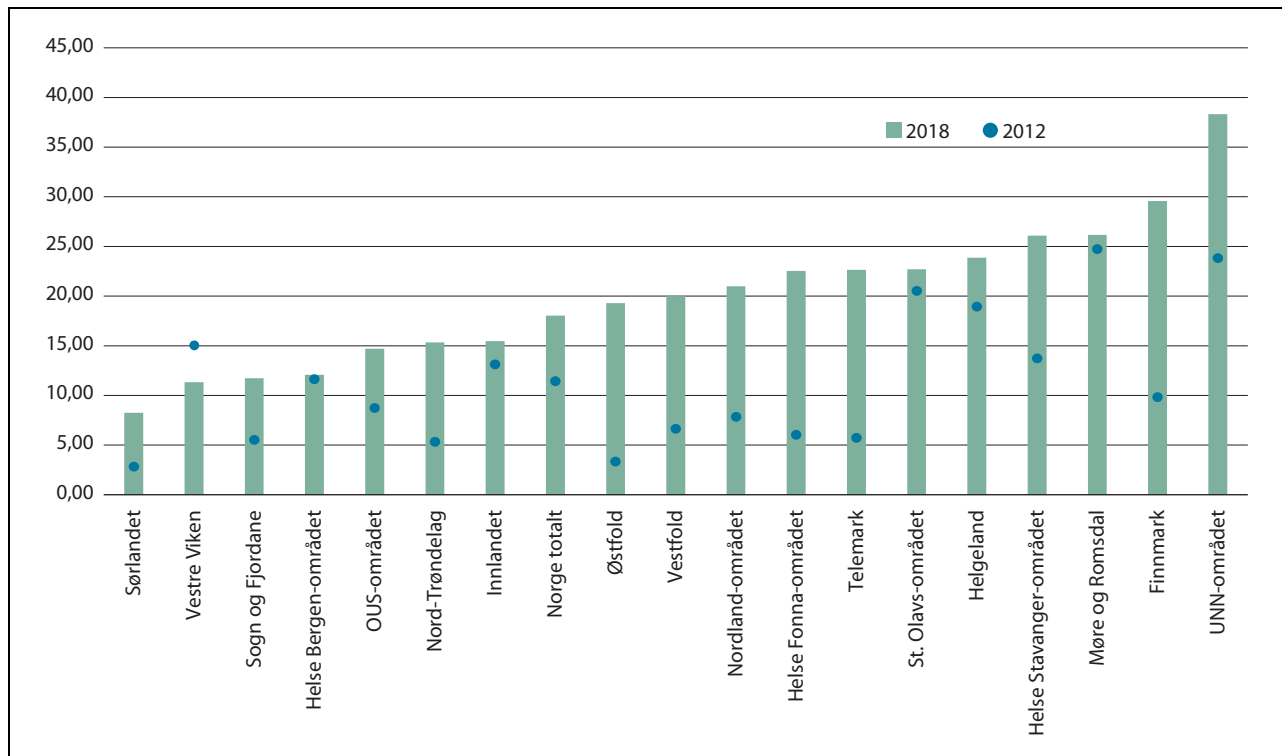
Fremover er det viktig at både nasjonale helsemyndigheter og helsefelleskapene utvikler gode pasientforløp som favner hele pasientens forløp i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil legge dette til grunn i sin styring av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

4.2.4 Gode rutiner for henvisning, innleggelse og utskrivning

Gode, trygge og sammenhengende tjenester forutsetter at riktig og tilstrekkelig informasjon følger pasientene ved henvisninger, innleggelser og utskrivning. I tillegg må pasientene få medvirke i valg av behandling på sykehuset og i innretningen av tilbudet i kommunen etter sykehusoppholdet.

Pasientene kan komme inn i spesialisthelsetjenesten gjennom akuttinnleggelse eller ved henvis-

⁵ Folkehelseinstituttet. Hva er et læringsnettverk: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-et-laringsnettverk/>



Figur 4.6 Antall liggedøgn for utskrivningsklare per 1000 innbyggere. 2012 og 2018

Kilde: Helsedirektoratet, 2019

ning. I en akuttssituasjon er det særlig viktig at all relevant informasjon følger pasienten og er riktig og tilgjengelig. Dette er nærmere omtalt i kapittel 6. Henvisningsprosessen har stor betydning for pasientforløpet og for ressursbruken i spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen har pekt på at ulik oppfatning om hva som er relevant og nødvendig informasjon i en henvisning og hvilke pasienter som skal henvises, er utfordrende i samhandlingen mellom fastleger og sykehusleger.⁶ Undersøkelsen peker også på manglende systematisering av informasjon om kvaliteten på henvisningene og at det ikke er rutine for regelmessig tilbakemelding på henvisningspraksis. Flere steder i landet har man etablert arenaer hvor leger fra sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste kan møtes og drøfte blant annet forventninger til utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Eksempler på dette er Møteplass Møre og Romsdal og Møteplass Oslo.

I tillegg til arbeidet med standarder for helsefaglig dialog, arbeider Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF med å innføre nye tekniske standarder for henvisning. Det pågår også arbeid i regi av EPJ-løftet, som er et samarbeid mellom staten og Legeforeningen, for å forbedre funksjo-

nalitet i fastlegenes journalsystemer. Disse arbeidene vil bidra til å heve kvaliteten på henvisningsprosessen.

Noen pasienter som henvises fra fastleger for utredning, vil ved undersøkelse i spesialisthelsetjenesten få avdekket at det er behov for undersøkelse ved en annen avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Det vil da være behov for viderehenvisning internt. Slike prosesser skjer av og til ved at pasienten sendes tilbake til fastlegen for ny henvisning, i stedet for at sykehuslegen selv viderehenviser direkte. I de fleste tilfeller vil det være bedre bruk av samlede ressurser og skape større forutsigbarhet i pasientforløpet at spesialisten henviser pasienten direkte videre.

Planlegging av utskrivningsprosessen starter ved innleggelse i sykehus og fordrer gode rutiner for kommunikasjon – både mellom helsepersonell i kommuner og sykehus og med pasientene. Forutsigbarhet og mulighet for å medvirke har betydning for om pasienter og pårørende føler seg trygge og opplever helse- og omsorgstjenesten som sammenhengende og helhetlig. Rapporter fra Helsetilsynet og Riksrevisjonen har vist at det ofte er mangelfull informasjon når pasientene legges inn, og at helsepersonell i kommunene ikke får relevant informasjon tidnok til å forberede et godt tjenestetilbud etter utskriving.⁷ Pasienter og

⁶ Riksrevisjonen. Dokument 3:4 (2017–2018)

pårørende er ofte usikre på hvilket tilbud pasienten får i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter at pasienten skrives ut fra sykehus, og de får i liten grad medvirke i beslutninger om dette.⁸ Videre pekes det på at spesialisthelsetjenesten kan skape forventninger hos pasient og pårørende om tilbud etter utskriving uten å ha diskutert dette med kommunen. Konsekvensen av dårlige prosesser er usikre pasienter, ikke tilstrekkelig tilrettelagt tilbud i kommunen og reinnleggelser som kunne vært unngått.

Da den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter ble innført fra 2012, skjedde det en betydelig nedgang i omfanget av liggedøgn for utskrivingsklare pasienter i sykehusene. Figur 4.6 viser imidlertid at antallet utskrivingsklare døgn har økt siden 2012 i nesten alle helseforetak. Det er flere faktorer som påvirker hvor lenge utskrivingsklare pasienter ligger på sykehus, herunder geografi, tilbud som åpen retur og kommunenes evne til å ta imot pasienter. Samtidig indikerer variasjonen mellom helseforetak at man noen steder lykkes bedre med utskrivingsprosessen enn andre, jf. figur 4.6. Det er også flere prosjekter som har gitt erfaringer og kunnskap om hva som skal til for å sikre trygge overganger mellom sykehus og kommune. Blant disse er læringsnettverkene for gode pasientforløp, tiltakspakken for Trygg utskriving fra Pasientsikkerhetsprogrammet og lokalt arbeid med utarbeidelse av rutiner for utskriving, blant annet ved Diakonhjemmet jf. boks 4.8.

Felles for disse tiltakene er at personer fra ulike deler av tjenesten benytter metoder for forbedringsarbeid for å lage og implementere spesifikke rutiner med sjekklister. Gode rutiner og tidlig planlegging av utskriving gir de kommunale tjenestene tid til å forberede tilbudet, gjerne i samarbeid med pasient og pårørende, i etterkant av sykehusoppholdet. Gode rutiner bidrar til at informasjon om behandling og pasientens funksjon sendes til riktig tid, slik at det ikke blir glipper i oppfølgingen av pasienten. Regjeringen ønsker å forbedre utskrivingsprosessen og sikre at pasientene får en medvirkende rolle og opplever en helhetlig tjeneste med trygge overganger, jf. også påpekning av dette i Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet har fått i oppdrag å arbeide med

⁷ Riksrevisjonen. Dokument 3:2 (2017–2018)

⁸ Helsetilsynet (2016). Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf/

Boks 4.8 Utskrivingsprosessen starter ved innleggelse

Diakonhjemmet og Oslo kommune har laget rutiner for tett samarbeid om utskrivingsprosessen helt fra pasienten legges inn på sykehuset.

I løpet av 24 timer etter at pasienten legges inn på akuttmottaket, sender sykehuset melding til bydelen i kommunen. Da er pasientens funksjon klarlagt, og pasienter som ikke tidligere har tilbud fra kommunen, blir vurdert om de har behov for tjenester etter sykehusoppholdet. Planlagt utskrivelsesdato oppgis også.

Oppdaterte helseopplysninger sendes til bydelen i løpet av 2–3 døgn, der alle pasientens funksjonsområder er kartlagt og medisinske opplysninger er fylt ut.

Ut fra pasientens situasjon vurderer kommunen om det er behov for et vurderingsbesøk ved sykehuset, om behovet for hjelpemidler og om det er behov for ytterligere informasjon fra sykehuset. Deretter kommer kommunen med tilbud til pasienten.

På utskrivingsdagen meldes pasienten utskrivingsklar. Epikrise og sykepleier rapport foreligger og sendes kommunen. Sjekkliste for utskriving gjennomgås.

Erfaringene etter at rutinen er innført, er at pasienten slipper å få utreisen utsatt, at informasjon og avtaler blir sikret på en mye bedre måte, og at personellet slipper å bruke unødig tid i telefonen. Rutinene bedrer kvaliteten og letter arbeidet i en travel hverdag.

Kilde: Diakonhjemmet sykehus

dette sammen med brukere, regionale helseforetak og KS.

4.3 Nærmere om prioriterte pasientgrupper

Avsnitt 4.1.3 drøftet hvilke pasientgrupper helsefelleskapene bør planlegge tjenester for i fellesskap. Disse pasientene vil også nyte godt av de generelle tiltakene som er beskrevet i avsnitt 4.2, herunder gode rutiner for inn- og utskriving og IKT-systemer som understøtter samhandling. Samtidig har de et særlig behov for godt integrerte tjenester fra kommuner og sykehus. Proak-

tive og teambaserte tjenester er en fellesnevner for å møte de sammensatte behovene til disse gruppene.

I avsnittene under redegjøres det nærmere for hvem disse pasientene er og hvilke behov de har. Basert på innspill fra helseforetak, kommuner, pasienter og etater er det skissert eksempler på tjenester som kan møte behovene. Innspillene fra ulike aktører trekker i samme retning når det gjelder ønsket utvikling av tjenestene. Helsefelleskapene bør utvikle bedre tjenester til disse gruppene, mens nasjonale helsemyndigheter har ansvaret for å innrette virkemidler på nasjonalt nivå, slik at disse understøtter ønsket utvikling av mer helhetlige og sammenhengende tjenester for disse pasientgruppene.

4.3.1 Barn og unge

Barn og unge med langvarige behov for helsehjelp og deres familier skal kunne leve så normale

liv som mulig. Behovet for slik helsehjelp kan skyldes medfødte tilstander, eller være en følge av sykdom eller ulykker. Noen har flere tilstander slik som Kristoffer. For mange barn og unge vil potensialet for forebygging gjennom tidlig innsats og behandling bidra til mindre helsetap og bedre livskvalitet. Derfor er det viktig å få avklart hjelpebehov og hvem som skal gi hjelpen så tidlig som mulig. Dette krever god samhandling mellom flere aktører både innad i helse- og omsorgstjenesten på tvers av nivåer, og med barnehage, skole, Nav og andre offentlige tjenester. Behovet for bedre samhandling gjelder også i overgangen fra barneavdeling til voksenavdeling i sykehuset, som ofte oppleves som utfordrende for ungdommer og deres familier.

Selv om de fleste barn og unge i Norge har det bra, er det en økende andel unge som oppgir at de er ensomme, og som rapporterer om psykiske helseplager. Generelt oppgir unge med svak sosioøkonomisk bakgrunn at de er mindre for-

Boks 4.9 Kristoffer (10)

Kristoffer er 10 år og har store vansker på skolen, både faglig og sosialt. Han er urolig, kommer lett i konflikter, slår og sparker medelever og lærere og har få venner. PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste) er koblet inn, men tilrettelegging har ikke ønsket effekt. Kristoffer og familien hans har vært i mange utredninger både i psykisk helsevern og i somatisk sektor. Det har vært et langt og kronglete pasientforløp, med lite koordinering og samhandling mellom de ulike aktørene. Tilstanden hans har ikke blitt avklart før han kommer til Barne- og ungdomssykehuset ved Haukeland Universitets-sjukehus og prosjektet «Tjenester på tvers». Her samles spesialistene rundt Kristoffer. Det blir avklart at han har et syndrom med nattlig epilepsi som fører til tiltakende tap av ferdigheter, i tillegg til moderat psykisk utviklingshemming og ADHD. Det utarbeides individuell plan i tett samarbeid med foreldrene, og Kristoffer får en ansvarsgruppe med koordinator. Det holdes jevnlig møter hvor spesialisthelsetjeneste, skole, PPT, fastlege og foreldre møtes. Han får støttekontakt og omfattende tilrettelegging på skolen. Foreldrene får avlastning og veiledning. Kristoffer og familien får god samordnet hjelp og bedret livskvalitet til tross for Kristoffers alvorlige diagnoser.



Figur 4.7 Illustrasjonsfoto

Foto: Borgos Foto AS

Boks 4.10 Sokratesdagen

Ved Distriktpsikiatriske senter (DPS) i Værnesregionen arrangeres det en månedlig møteplass for aktører innen psykisk helsevern. Her samles folk fra blant annet psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern voksne, barnehage og skole, Nav, kommunal helse- og omsorgstjeneste, pasient- og pårørendeorganisasjoner. Dette er en felles arena for faglig løft hvor man møtes på tjenestenivå og utveksler kompetanse og lærer om pasient- og brukergruppene av hverandre. Dette gjør det også lettere å utøve ulike koordinatoroppgaver.

nøyde med seg selv og egen helse enn hva unge med sterkere sosioøkonomisk bakgrunn er.⁹ I Norge behandles om lag fem prosent av barn og ungdom i alderen 0–18 år hvert år i psykisk helsevern for barn og unge.¹⁰ De ti prosentene av barn

⁹ Bakken, A., Frøyland, L. R. & Sletten, M. A. (2016). Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene? (NOVA-rapport 3/16). Oslo: NOVA.

og unge med mest omfattende tjenestebruk stod for vel 60 prosent av ressursbruken og 99 prosent av alle oppholdsdøgnene i psykisk helsevern for barn og unge i 2016.¹¹

Denne gruppen har stort behov for tjenester og tett oppfølging. Ofte kan problemene være sammensatte, og det gir ikke mening å forsøke å løse problemene hver for seg, eller ett av gangen. Samarbeid på tvers av forvaltningsnivå innad i helse- og omsorgstjenesten og med andre kommunale tjenester er særlig viktig for denne gruppen. Faglige møteplasser som Sokratesdagen er et godt virkemiddel for kunnskapsutveksling og utarbeidelse av sammenhengende tjenester på tvers av sektorer. Pakkeforløp for psykisk helse barn og unge er innført og mange steder jobber man allerede godt med dette. Det er likevel et klart potensial for å styrke samarbeidet rundt barn og unge. Regjeringens tiltak for bedre psykiske helsetjenester for barn og unge er nærmere drøftet i kapittel 5.

¹⁰ Folkehelseinstituttet (2018). Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#forekomst-av-psykiske-lidelser-hos-barn-og-unge>

¹¹ Helsedirektoratet (2018). Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov. Rapport IS-2739

Boks 4.11 Stian (32)

Stian (32) er diagnostisert med schizofreni og ruser seg ofte på amfetamin og andre rusmidler. Han har mange og lange innleggelses i døgnavdeling bak seg, og har vært akuttinnlagt flere ganger, ofte med tvang. Han skriver seg ut så fort han har mulighet til det. Familien er fortvilet. Naboene klager ofte på episoder med rus og bråk. Stian møter ikke opp til avtaler med kommunen, DPS eller fastlegen. Han blir derfor henvist til et aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, hvor han får en samlet og helhetlig behandling og oppfølging av et team av fagfolk fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. For Stian er det viktig å komme seg mer ut og få noe meningsfylt å holde på med. Med hjelp fra ACT-teamet er innleggelsene blitt kortere og mer planlagte. Han har fått hjelp for rusproblemene sine og går på lavere doser av medisiner. To dager i uken jobber han på Kiwi, og han har fått nye venner gjennom faste treninger med gatefotballaget. ACT-teamet følger han opp så intensivt som han trenger.



Figur 4.8 Illustrasjonfoto

Foto: Borgos Foto AS

4.3.2 Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

I psykisk helsevern for voksne står om lag 10 prosent av pasientene for om lag tre firedeler av ressursbruken. Mange har store og sammensatte behov slik som Stian. Ifølge det kommunale kartleggingsverktøyet Brukerplan er det 26 000 personer i Norge som har så alvorlige psykiske lidelser, ulike tilleggsbelastninger og så lavt funksjonsnivå at de ikke har mulighet til å nyttiggjøre seg ordinære tjenester. Mange har også betydelige rusproblemer og somatiske utfordringer. Disse har behov for godt integrerte tjenester fra mange instanser i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Det å være i jobb kan også være helsefremmende, og samtidig oppfølging fra både helsetjenesten og NAV kan være en god hjelp for de som har behov for det.

I landsomfattende tilsyn i 2017–2018 har Helsetilsynet avdekket gjennomgående svikt i kartlegging og utredning av brukere. Uklar ansvars- og oppgavedeling mellom aktørene både internt i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene gir risiko for at pasientene ikke får et helhetlig tilbud som dekker deres behov. I tilsynet for spesialisthelsetjenesten ble det særlig pekt på mangelfull utredning av pasientenes somatiske helsetilstand og rusmiddelproblemer ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS).

Pakkeforløpene for psykisk helse og rus skal bidra til mer helhetlige og koordinerte tjenester,

hvor også somatisk helse og levevaner følges tettere opp. Pakkeforløpene gir føringer for kartlegging og utredning for å sikre at pasientens behov og målsettinger fanges opp tidlig.

Det er etablert ACT- og FACT-team som dekker deler av landet. Dette er team med ansatte fra kommunen og spesialisthelsetjenesten med tverrfaglig kompetanse som er rettet mot pasienter med omfattende behov. Evalueringer viser at brukerne opplever bedre helse, nedgang i bruk av tvang, reduksjon i antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern, færre har alvorlige psykiske og depressive symptomer, og det er nedgang i alvorlig selvmordsrisiko og problemfylt bruk av rusmidler. Utfordringer og tiltak for voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer er nærmere omtalt i kapittel 5.

4.3.3 Skrøpelige eldre

Skrøpeligheit¹² er en tilstand som særlig rammer eldre. Den kjennetegnes blant annet ved redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom.^{13,14} Astrid er et eksempel på en typisk skrøpelig eldre pasient. Disse

¹² I engelsk litteratur brukes gjerne begrepet frail eller frailty.

¹³ Folkehelseinstituttet (2014). Helse hos eldre i Norge. Folkehelse rapporten.

¹⁴ Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. (2007) Frailty: An emerging research and clinical paradigm issues and controversies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. July 1, 2007; 62 (7):731-7.

Boks 4.12 Astrid (87)

Astrid (87) bor hjemme, men har vært innlagt på fem ulike avdelinger på sykehuset det siste året for brystmerter, hjerteproblemer, magesmerter og hodepine. Etter at hun kom tilbake fra sykehuset for tre uker siden, har hun hatt dårlig matlyst, hun er svimmel og ustø og har falt flere ganger. Fastlegen ønsker en mer samordnet oppfølging videre og henviser henne til pasientsentrert helse-tjenesteteam. Det tverrfaglige teamet gjennomgår sykdomshistorie og legemidler. I dialog med Astrid utarbeides en individuell oppfølgingsplan basert på hennes egne ønsker og mål. For Astrid er det viktig å slippe belastende reiser til sykehus og å kunne hente avisen selv. Når teamet trekker seg ut, har pleie- og omsorgstjenesten en helhetlig plan for veien videre, og de vet hva de skal gjøre dersom Astrid viser tegn til forverring.



Figur 4.9 Illustrasjonsfoto

Foto: Universitetssykehuset Nord Norge HF

Boks 4.13 Pasientsentrerte helsetjenestetteam

Pasientsentrert helsetjenestetteam er rettet mot de mest skrøpelige eldre pasientene. Teamene er etablert i et samarbeid mellom fem kommuner i Troms (Tromsø, Harstad, Balsfjord, Karlsøy og Lenvik) og Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Pasientsentrert helsetjenestetteam består av lege, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og farmasøyt, og fungerer som et bindeledd mellom tjenestene og samarbeider tett med hjemmesykepleien, fastlegen og andre involverte aktører som inngår i pasientens team.

Pasientsentrert helsetjenestetteam tar utgangspunkt i at pasientforløpet er et partnerskap mellom pasient og profesjonelle, og er basert på følgende prinsipper:

- Pasientsentrert: å forstå «hva som er viktig for pasienten», og gjøre «det som er viktig», så langt det er mulig, førende for alle planer som legges
- Helhetlige: å veve mange problemspesifikke planer sammen til én plan per pasient – pasientens plan. Den personlige planen skal være gjennomførbar for både pasient og helse- og omsorgstjeneste

- Proaktiv: å analysere risikobildet sammen med pasienten og møte sannsynlige helse-trusler gjennom støtte til egenmestring, overvåkning av risikofaktorer, og handlingsplaner for å møte en klinisk forverring som er i emning

Pasienter melder tilbake at de opplever å bli hørt, sett, godt informert og inkludert i planleggingen av helsetjenestene som gjelder dem. Teamene har bidratt til tryggere overganger mellom sykehus og hjem og ført til redusert forbruk av øyeblikkelig hjelp, økt bruk av planlagt poliklinikk og 40 prosent reduksjon i seks måneders dødelighet.¹

¹ Berntsen et al (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. BMC Health Services Research. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-019-4397-2>

Kilde: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

pasientene har som regel et tilbud fra kommunal pleie- og omsorgstjeneste og legges hyppig inn på sykehus som øyeblikkelig hjelp for ulike tilstander. Blant de vanligste årsakene for innleggelse er fall, influensa og lungebetennelse, samt lidelser i sirkulasjonssystemet. Folkehelseinstituttet sine analyser viser at hvert sjettede sykehusopphold for eldre pasienter resulterer i reinnleggelser.

Akuttinnleggelser i sykehus kan oppleves som svært belastende for pasienten. Folkehelseinstituttet (2018) viser til at noen av disse innleggelserne kan forebygges gjennom riktig legemiddelbruk og behandling og/eller oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. OECD vurderer kvalitet i primærhelsetjenesten blant annet gjennom å måle antall innleggelser for tilstander som kan forebygges, eksempelvis kols, diabetes og hjertesvikt. Norge kommer relativt godt ut når det gjelder diabetes og hjertesvikt, men kommer dårligere ut når det gjelder kols. For disse pasientgruppene er det ofte behov for godt samarbeid mellom sykehus og kommuner hvor man deler på kompetanse og spiller hverandre

gode. Eksempelvis er kols en vanlig tilstand ved lungeavdelingen på et sykehus, mens det kan gå lenge mellom hver gang den enkelte ansatte i pleie- og omsorgstjenesten har en pasient med tilstanden, særlig i mindre kommuner.¹⁵ Med støtte fra sykehuset og godt samarbeid med pasientens fastlege, kan helsepersonell i pleie- og omsorgstjenesten i større grad sørge for god oppfølging av tilstanden og slik forebygge sykdomsforverring.

Befolkningen i aldersgruppen 80 år og eldre vil nesten dobles frem mot 2035.¹⁶ Dette vil legge press på ressursene både i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i sykehusene. Allerede i dag utgjør skrøpelige eldre majoriteten av utskrivingsklare pasienter i sykehus.¹⁷ Å bli liggende i en sykehusseng kan innebære ytterligere funk-

¹⁵ Folkehelseinstituttet (2018). Reinnleggelser av eldre og samhandling, notat med vedlegg av Anders Grimsmo

¹⁶ SSB

¹⁷ Helsedirektoratet (2018). Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester. Rapport IS 2765

Boks 4.14 Heidi (57)

Heidi (57) er glad i god mat og drikke. Hun er diagnostisert med diabetes type 2, kols og artrose. Hun er i full jobb, men i det siste har hun hatt en del sykefravær. Fastlegen henviser henne til lunge-spesialist ved sykehuset. Heidi har lang reisevei og liker ikke å kjøre bil. Etter første konsultasjon på sykehuset får Heidi tilbud om å følges opp ved hjelp av en digital løsning. Der kan hun rapportere målinger av en pusteprobe hun gjør hjemme og svare på spørsmål om hvordan hun har det, istedenfor å komme til rutinemessige konsultasjoner. Slik får Heidi mer oversikt over egen tilstand, og hun slipper å møte opp på sykehuset når hun ikke har behov for det. Hun deler målingene med fastlegen. Fastlegen er bekymret for livsstilen til Heidi. Sammen blir de enige om å legge en plan for røykeslutt, økt fysisk aktivitet og bedre kosthold. Fastlegen og spesialist på lungeavdelingen på sykehuset har jevnlig kontakt og diskuterer hva som er riktig oppfølging av kols-tilstanden. Heidi opplever at alle behandlerne hennes snakker godt sammen og ivaretar hennes sammensatte behov.



Figur 4.10 Illustrasjonsfoto

Foto: Borgos Foto AS

sjonsfall, blant annet svinn av muskler.¹⁸ Bedre samarbeid om forebygging av sykdomsforverring og tidlig innsats samt en bedre utskrivingsprosess vil bidra til bedre pasientforløp, færre uønskede reinnleggelser og riktigere resursbruk, jf. avsnitt 4.2.4.

Tverrfaglig og proaktiv tilnærming i kommunal helse- og omsorgstjeneste og godt samarbeid på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten gjør det mulig å ivareta hele mennesket og gi et tilbud tilpasset den enkeltes behov. For eldre skrøpelige pasienter er ofte selve forflytningen en påkjenning som gir større sårbarhet for videre sykdomsutvikling.¹⁹ Det beste for pasienten er derfor ofte å få helsehjelpen der de er fremfor å bli flyttet, så lenge dette er forsvarlig. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten må understøtte den kommunale helse- og omsorgstjenesten enten ved ambulante tjenester

eller virtuelle løsninger. Pasientsentrerte helsetjenesteteam, jf. boks 4.13, er et eksempel på dette.

Diakonhjemmet sykehus har, i samarbeid med bydelene Grünerløkka, Frogner, Ullern og Vestre Aker, etablert tverrfaglig team (FACT-team) for eldre med alvorlig psykisk lidelse som bor hjemme. For pasientene betyr det at de kan bo lengre hjemme før de får behov for sykehjem og at de trenger færre og kortere sykehusinnleggelser. For bydelene betyr det redusert behov for sykehjemsplasser, og flere pasienter har flyttet ut av sykehjem og inn i omsorgsbolig. FACT eldre har bidratt til at sykehuset har kunnet redusere antall senger og bemanningen på døgnposten.

4.3.4 Personer med flere kroniske lidelser

Personer med flere kroniske lidelser er en stor og sammensatt gruppe med ulike behov for tjenester og koordinering. Mange av pasientene vil i hovedsak kunne følges opp av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I den andre enden av skalaen finner vi personer med store og sammensatte behov for tjenester som i liten grad er i stand til å koordinere egen oppfølging og behandling. Mellom disse to ytterpunktene finner vi pasienter som

¹⁸ Folkehelseinstituttet (2019). Fysiske og fysiologiske effekter av sengeleie hos eldre. Systematisk litteratursøk med sortering.

¹⁹ Folkehelseinstituttet (2018), Reinnleggelser av eldre og samhandling, notat med vedlegg av Anders Grimsmo

Boks 4.15 Inndeling av pasientpopulasjonen med kroniske lidelser i spesialisthelsetjenesten

Tabell 4.1 Inndeling av pasientpopulasjonen med kroniske lidelser i spesialisthelsetjenesten

	Alvorlig kompleks kronisk sykdom	Moderat kompleks kronisk sykdom	Enkel kronisk sykdom	Sum
Antall individer	14 849	233 980	376 940	625 779
Liggedøgn	219 229	994 922	835 552	2 049 703

Inndelingen fra National Academy of Medicine dekker også skrøpelige pasienter og uføre. Dette er imidlertid vanskelig å beregne basert på data fra spesialisthelsetjenesten alene. Gjennom kobling av data fra både spesialisthelsetje-

nesten og kommunene, samt informasjon om uføretrygd, vil det etter hvert kunne tegnes et mer komplett bilde av pasientpopulasjonen med stort behov for helse- og omsorgstjenester.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Heidi. De har flere samtidige, kroniske tilstander og kan ha behov for oppfølging fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. De er samtidig i stand til å mestre egen tilstand, og med riktig støtte fra helse- og omsorgstjenesten kan sykdomsforverring forebygges.

Personer med kroniske lidelser har ofte både vilje og evne til å ta ansvar for mestring av egen livssituasjon. Det gir dem selvstendighet og kontroll over eget liv, samtidig som det kan bidra til bedre ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. Tjenestens rolle er å bidra til å bevisstgjøre brukeren, bidra til at personen kan utnytte sine muligheter, og bistå til at pasient og bruker får tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet. Tiltak som ParkinsonNet, jf. boks 4.16, gjør det enklere for pasienter å komme i kontakt med andre pasienter i samme situasjon og med helsepersonell som har relevant kompetanse.

Helse Sør-Øst har anvendt National Academy of Medicine sin inndeling av pasienter basert på antall og kompleksitet av kroniske lidelser i den norske pasientpopulasjonen i spesialisthelsetjenesten, jf. boks 4.15. Kategorien *alvorlig kompleks kronisk sykdom* inkluderer pasienter med minst tre komplekse lidelser eller minst seks mindre komplekse lidelser.^{20,21} Helse Sør-Øst

fant at dette utgjorde i underkant av 15 000 individer i spesialisthelsetjenesten. Dette er stormotakerne i spesialisthelsetjenesten som utgjorde om lag 220 000 liggedøgn i 2017. Kategorien under, *moderat kompleks kronisk sykdom*, utgjorde over 230 000 individer. Her er det et stort potensial for å forebygge utvikling av større behov for helse- og omsorgstjenester gjennom tidlig innsats og godt samarbeid.

Personer med flere kroniske lidelser kan oppleve en fragmentert helse- og omsorgstjeneste hvor de selv eller pårørende ender opp som koordinator. For noen pasienter med kroniske lidelser vil deler av koordineringsbehovet i spesialisthelsetjenesten og mellom forvaltningsnivåene kunne ivaretas gjennom pakkeforløp, jf. avsnitt 4.2.3. Utvikling av pakkeforløp forutsetter et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag om hva som er beste praksis for behandling og oppfølging. For mange pasienter med sammensatte behov vil det være nødvendig med individuelt tilpassede opplegg. Helsefelleskapene bør derfor jobbe systematisk med å utarbeide gode forløp for denne gruppen slik at de opplever en helhetlig og sammenhengende tjeneste.

4.4 Utadvendte sykehus

Vi tenker ofte på sykehus som en institusjon som pasientene kommer til. Det er selvfølgelig riktig og nødvendig for mange pasienter. I pasientens helsetjeneste er det imidlertid et mål at sykehuset skal komme nærmere pasientene. Vi må skape det utadvendte sykehus. Spesialister på store

²⁰ Long, P., Abrams, M., Milstein, A., Anderson, G., Apton, K. L., & Dahlberg, M. L. (2017). Effective Care for High-Need Patients. *Washington, DC*

²¹ Joynt, K. E., Figueroa, J. F., Beaulieu, N., Wild, R. C., Orav, E. J. & Jha, A.K. (2017). Segmenting high-cost medicare patients into potentially actionable cohorts. *Healthcare*, 5, 62–67.

Boks 4.16 Nettverksmodeller – ParkinsonNet

Parkinsons sykdom er en nevrologisk sykdom hvor nerveceller i sentralnervesystemet gradvis brytes ned. I Norge har om lag 10 000 mennesker denne diagnosen. ParkinsonNet er en nederlandsk modell som skal sikre at brukernes kompetanse blir utnyttet, og at det samtidig er lett tilgang til fagpersoner med oppdatert kunnskap om Parkinsons sykdom. Pasientens egne erfaringer og kompetanse er grunnlaget for behandling og andre tiltak i brukerens liv. Pasienter og pårørende har, gjennom nettsider, god oversikt over fagpersoner med kompetanse om sykdommen, og kan enkelt stille spørsmål og få råd fra fagpersoner innen blant annet fysioterapi, nevrologi, logopedi og sykepleie.

Et pilotprosjekt i Rogaland og Oslo har i to år prøvd ut modellen i Norge. Brukerorganisasjonen Norges Parkinsonforbund tok initiativ til prosjektet, og har samarbeidet med helse-

myndigheter og fagmiljøer om gjennomføringen. Kjernen i modellen er fagpersoner med ulik kompetanse knyttet sammen i faglige nettverk gjennom grunnkurs, e-læring og regionale nettverk, og at pasienter enkelt kan kontakte faglig kompetanse og andre pasienter/pårørende med brukererfaring.

Prosjektet er evaluert, og de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å innføre ParkinsonNet i Norge. Modellen innføres for parkinsonpasienter, men målet er også å vurdere om arbeidsformen i ParkinsonNet kan benyttes overfor andre pasientgrupper. Dette kan være for diagnoser med en lav forekomst som tilsier at fagpersoner ikke kan forventes å ha særlig erfaring. Faglige nettverk med tilgjengelighet til kompetanse og erfaring gir trygghet og støtte til fagpersoner og brukere.

sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal jobbe sammen med kommunens helsepersonell på kommunale arenaer og sykehuset skal bistå pasienter i hjemmet eller ved hjelp av digitale løsninger. Slik kan det legges til rette for kompetanseutveksling samtidig som både pasienter, pårørende og helsepersonell unngår unødvendig reising og venting. Pasientene ønsker også et mer utadvendt sykehus. Rådgivningsgruppen ga følgende innspill:

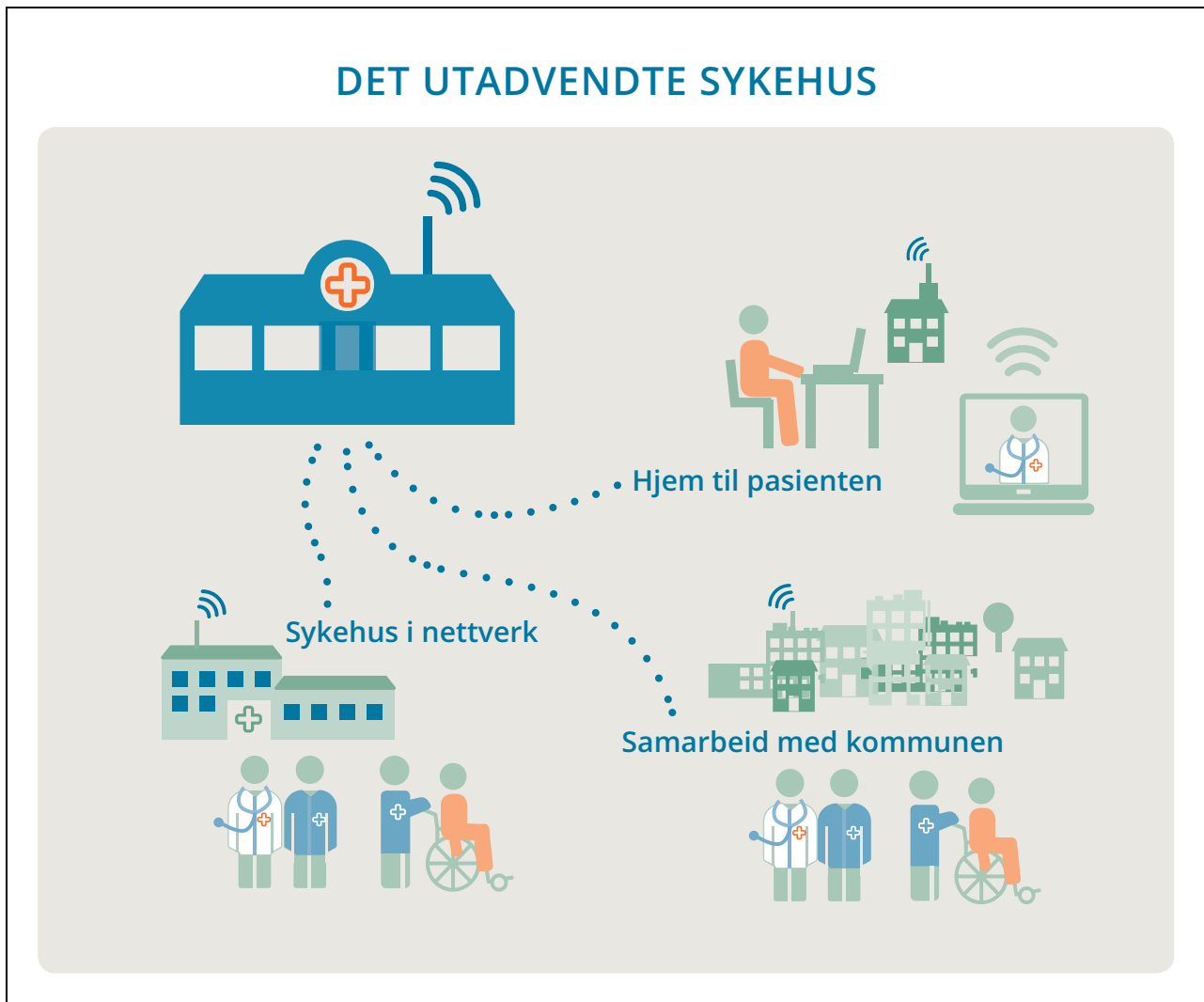
Jeg ligger bare på sykehus når jeg må. Slik som systemet er i dag, er det mye unødvendige innleggelse. Dette kan hindres ved bruk av ambulerende tjenester, styrking av kompetanse i kommunene og bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Det er spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste som, sammen med pasienter og pårørende, må gi konkret innhold til det utadvendte sykehuset. Regjeringen vil legge målsettingen om det utadvendte sykehuset til grunn for styring av spesialisthelsetjenesten og gjennom forventningene som stilles til helsefelleskapene.

Regjeringen ønsker at helseforetakene skal spille en aktiv rolle i lokalsamfunnet i tråd med sitt samfunnsansvar. Helseforetakene er store arbeidsplasser, de er utdanningsarenaer og de kan være en viktig samarbeidspartner for både lokalt og internasjonalt næringsliv, jf. Helsenæringsmeldingen (Meld. St. 18 (2018–2019)).

4.4.1 Spesialisthelsetjenester i hjemmet

Ved hjelp av teknologi kan deler av spesialisthelsetjenesten flyttes helt hjem til pasienten. Bruk av videokonsultasjoner, digital hjemmeoppfølging samt nettbasert behandling kan bidra til å redusere antall polikliniske konsultasjoner som krever fysisk oppmøte. Kapittel 7 og 8 går nærmere inn på bruk av teknologi og digitalisering for å yte spesialisthelsetjenester hjemme hos pasientene. Ved avansert hjemmesykehus får pasienten behandling som normalt foregår i sykehus, i hjemmet. Dette er et tilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Det forutsetter at pasienten bor i en forsvarlig reiseavstand til sykehuset og at pasient og pårørende ønsker dette tilbudet.



Figur 4.11 Utadvendte sykehus

I dag er det blant annet etablert avansert hjemmesykehus for barn ved Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Stavanger universitetssykehus, Sykehuset i Levanger og St. Olavs hospital.

Det planlegges flere tilbud, blant annet har Oslo universitetssykehus startet opp hjemmesykehus for pasienter som har gjennomgått benmargstransplantasjon for blodkreft, ved at pasienten bor hjemme i stedet for å ligge på isolat i sykehus i perioden frem til benmargsfunksjonen er normalisert. Pasientene er i en sårbar situasjon og krever et spesialisert team av sykepleiere og leger som daglig følger opp pasienten i hjemmet. Erfaring fra Sverige og foreløpige erfaringer fra Oslo er at pasienten og pårørende er fornøyde, tid til benmargsfunksjonen er normalisert er kortere, forbruk av antibiotika er mindre, ernærings situasjonen er bedre enn for de som er inneliggende og

relativt få pasienter har behov for innleggelse i sykehus.

Ifølge en systematisk oversikt gjennomført av Cochrane²² øker trolig hjemmesykehus overlevelsen blant personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling i hjemmet.²³ Det er flere grunner til at hjemmesykehus kan være fordelaktig for pasientene. Aktivitet og mobilisering er lettere hjemme enn på sykehuset, ernæring kan være bedre når man spiser hjemme, og man utsettes ikke for sykehusinfeksjoner. Hjemmesykehus gir bedre mulighet for å opprettholde en mer normal hverdag og mer kontakt med familie og venner.

²² En internasjonal uavhengig organisasjon som utvikler oppdatert og presis informasjon om effekt av helsetiltak

²³ Folkehelseinstituttet 2017. Hjemmesykehus trolig et godt alternativ
<https://www.fhi.no/publ/2017/hjemmesykehus-trolig-et-godt-alternativ/>

Boks 4.17 Sikker prøvetaking og analyse i hjemmet

Sykehuset Østfold HF har fått 10,5 millioner kroner fra Innovasjon Norge til et nytt innovasjonspartnerskapsprosjekt om sikker prøvetaking og analyse utført av pasienter selv utenfor sykehus eller institusjon. Sammen med privat næringsliv ønsker sykehuset å utvikle trygge og gode løsninger som gjør det mulig for pasienter å gjennomføre prøvetaking og analyse av for eksempel blod og urin. Slik kan pasienten tilbringe mer tid hjemme og unngå venting. Prøvetaking i hjemmet kan potensielt redusere innleggelse i sykehus eller institusjon, og bidra til raskere oppstart for behandling.

Kilde: Sykehuset Østfold HF

Det er sagt at på sykehuset er jeg 90 prosent pasient og 10 prosent meg selv, mens hjemme er jeg 10 prosent pasient og 90 prosent meg selv.²⁴

Samtidig som behandling i hjemmet kan være av stor verdi for både pasient og pårørende, vil slik behandling og oppfølging også kunne være krevende for pårørende. Besøk av helsepersonell, tilrettelegging for nødvendig utstyr og observasjon og deltakelse i behandlingsopplegg vil påvirke pårørende og familiens dagligliv. For helsepersonell som yter behandling og oppfølging i pasientens eget hjem, er det viktig å være oppmerksom på denne problemstillingen. I regjeringens kommende pårørendestrategi løftes pårørenderollen og pårørendes situasjon spesifikt. Strategien vil blant annet beskrive sentrale utfordringer og behov, samt peke retning for det samlede pårørendefeltet.

4.4.2 Spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunen

Spesialisthelsetjenesten bør på ulike måter delta på kommunale arenaer sammen med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det kan dreie seg om veiledning og bistand, virtuelt eller fysisk, eller at man yter helsetjenester sammen i team. Pasient-sentrert helsetjenesteteam og ACT- og FACT-team er eksempel på tverrfaglige team på tvers av

forvaltningsnivå som yter tjenester sammen. Videre kan spesialister fra sykehus være til stede sammen med kommunal helse- og omsorgstjeneste, enten fysisk eller virtuelt, under vurdering av diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter. Dette kan bidra til bedre behandlingsresultater og at pasienter får sitt tjenestetilbud i nærmiljøet.

I sørsamiske områder har samiske fagfolk fra spesialist- og kommunehelsetjenesten dannet felles fagnettverk på tvers av kommunegrensene og spesialisthelsetjenester. Det bidrar til at samiske pasienter lettere kan bruke eget språk og ha trygghet for at behandlere har nødvendig kulturell kompetanse.

Støtte fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til et bedre tjenestetilbud for pasienter som ivaretas av kommunal helse- og omsorgstjeneste, men som krever spesiell kompetanse. Eksempelvis ønsker personer ved slutten av livet ofte å tilbringe mest mulig tid hjemme, men dette krever palliativ kompetanse i kommunen. Palliativ enhet og team ved Sykehuset i Telemark HF bidrar med kompetanse og opplæring til pleie- og omsorgstjenester i kommunene i opptaksområdet. Dette gir trygghet for både personell og pasienter. Departementet arbeider med en stortingsmelding om lindrende behandling og omsorg. Stortingsmeldingen bygger på NOU 2017: 16 Palliasjon til alvorlig syke og døende, og vil blant annet omhandle kompetanse og tjenestetilbud fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.4.3 Sykehus i nettverk – kultur for deling og fellesskap

Desentraliserte spesialisthelsetjenester hvor tjenestene tilbys nærmest mulig pasientene er et viktig mål. Samtidig tilsier økt spesialisering og begrenset tilgang på helsepersonell at det ikke er bærekraftig at alle enheter i et helseforetak tilbyr de samme tjenestene parallelt. Gjennom funksjonsfordeling kan det bygges opp mer robuste fagmiljøer med erfaring og kompetanse, samtidig som den desentraliserte strukturen opprettholdes.

Regionsykehusene og universitetssykehusene er den medisinskfaglige spydspissen i utvikling av spesialisthelsetjenesten. Ved hjelp av teknologi og digitale løsninger kan kompetansen fra større sykehus gjøres tilgjengelig for de mindre enhetene slik at pasientene kan motta tjenester nærmere der de bor. Dette kan gjøres på ulike måter. Helse Møre- og Romsdal HF tilbyr blant annet regional videopoliklinikk. Dette innebærer

²⁴ <https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2019/02/18/uten-hjemmesykehus-hadde-jeg-vaert-sykere-na/>

at pasienten kan møte opp på sitt lokalsykehus og gjennomføre en poliklinisk konsultasjon med spesialist ved et annet sykehus over video. Finnmarkssykehuset HF har prøvd ut bruk av robot for kompetansesøtte ved ultralyd ved Helsehuset i Alta. Pasienten møter opp hos jordmoren på Helsehuset, mens en gynekolog fra Hammerfest eller Universitetssykehuset i Nord-Norge bistår via en robot. Pasienten får kortere reisevei, og både pasienten og jordmoren har den samme tryggheten som når ultralyden gjennomføres på sykehuset.

Helseforetakene står overfor mange av de samme utfordringene og har et felles ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det betyr at sykehusene ikke kan bruke ressurser på rivalisering og konkurranse, men heller må spille hverandre gode. Konkurranse er positivt hvis det fungerer som motivasjon til forbedring. Dette må ikke være i konflikt med godt samarbeid og en helt nødvendig delingskultur. Ved oppstart av et nytt utviklingsprosjekt bør første spørsmål være «hva kan vi lære av andre?» og siste spørsmål «hvem kan vi dele denne kunnskapen med?»

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) pekte på behovet for bedre samarbeid mellom sykehus gjennom oppgavedeling og nettverk. Dette budskapet er reflektert i de regionale utviklingsplanene hvor alle regionene ser på ulike former for nettverk som et virkemiddel for å binde sykehusene i foretakene tettere sammen. Funksjonsfordeling og forpliktende nettverk forventes å bli understøttet av teknologi og digitale verktøy. Helse Nord skriver blant annet i sin regionale

Boks 4.18 Tjenesteinnovasjon i Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF har tildelt 15 millioner kroner til 13 ulike innovasjonsprosjekter i regionen, som oppfølging av regional utviklingsplan. Prosjektene prøver ut nye måter å levere helsetjenester på. Flere prosjekter handler om samarbeid på tvers av kommuner og helseforetak, blant annet Sammen for pasienter med fall i hjemmet – en ny helsetjeneste for den hjemmeboende eldre (Sykehuset i Vestfold HF), Digital samhandling i pasientforløp (Sykehuset Innlandet HF), 5/50 – Presise tjenester etter pasientens behov (Diakonhjemmet Sykehus) og Fremtidsrettet samhandlingsmodell mellom primær- og spesialisthelsetjenesten – Telemedisin på Agder (TELMA) (Sørlandet sykehus HF). Helse Sør-Øst vil følge opp disse og andre innovasjonsprosjekter for å lære på tvers og bidra til å spre nye løsninger som fungerer godt.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

utviklingsplan at: *Helse Nord har organisert helse-tilbudet slik at det er nært der folk bor. For å sikre god kvalitet, felles praksis, deling av kompetanse og god ressursbruk kreves et utstrakt samarbeid i nettverk mellom enhetene.*

Boks 4.19 Regjeringen vil

- etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak for å sikre bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene
- at helsefellesskapene prioriterer utviklingen av helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser
- at kommuner og helseforetak i helsefellesskapet skal avtale hvordan de skal drive felles planlegging og utvikling
- understøtte helsefellesskapene gjennom utvikling av bedre styringsinformasjon, frem-skrivingsverktøy og prediksjonsverktøy
- be helsefellesskapene om innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan
- skape det utadvendte sykehus
- gi rom for lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak
- oppfordre helsefellesskapene om å drøfte hva som kjennetegner en vellykket kultur for samarbeid
- gjennomføre tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter
- tilpasse finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styring for å understøtte ønsket mål-bilde for pasientbehandling og samhandling

5 Psykisk helsevern

Boks 5.1 Hvor vil vi?

Pasienten deltar i informerte valg om behandlingen basert på egne behov og ressurser. Pasienterfaringer fanges opp systematisk og brukes aktivt i forbedringsarbeid. Tjenestene tilbys nær der hvor pasienten bor. Spesialisthelsetjenesten tilbyr nettbaserte behandlingstilbud som er tilgjengelige i hele landet.

Tjenestene samarbeider om å gi gode psykiske helsetjenester uavhengig av nivå. Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet skjer i helsefelleskapene. Gode felles planleggingsverktøy og styringsdata gjør det enklere å planlegge. Psykisk og somatisk helse og rusmiddelproblemer ses i sammenheng og behandlingssopplegg tar hensyn til betydningen av arbeid for helsen.

Spesialisthelsetjenesten innretter i større grad sitt tilbud mot de med mest omfattende hjelpebehov, og støtter og veileder fagfolk i kommunale tjenester. Kommunene gir tilbud til de med lettere og moderate psykiske helseutfordringer. Avtalespesialistene er godt integrert i det offentlige tjenestetilbudet.

Barn, unge og familier får lett tilgjengelig hjelp. På helsenorge.no er det god oversikt over et bredt utvalg av selvhjelps løsninger og nettbasert behandling. Psykisk helse er integrert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern, barnehage og skole. Spesialisthelse-

tjenesten og kommunale tjenester samarbeider godt om tidlig innsats til barn og unge, og alle får tilbud på riktig nivå.

Barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser mottar helhetlige tjenester fra relevante aktører, og uønsket variasjon i tilbudet er redusert. I samarbeid med kommunene bidrar spesialisthelsetjenesten til å forebygge kriser, akuttinnleggelse, selvmord og bruk av tvang. Ambulante tjenester og samarbeidsteam med kommunene er godt utbygd. Alle som har behov tilbys brukerstyrte plasser. Spesialisthelsetjenesten arbeider utadrettet og fleksibelt, slik at færre har behov for døgninnleggelse. Sykehusene gir døgntilbud til de som trenger det i gode, tilpassede bygg. Tvang er redusert til et minimum.

Når en person trenger hjelp, blir det raskt avklart hvem som gjør hva, og når. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus er innført i alle helseregionene. Tjenesten er rask til å ta i bruk nye behandlingsformer. Kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer og helseatlas gir et godt kunnskapsgrunnlag om behandling og variasjon i tjenestetilbudet. Psykisk helsevern er preget av en kultur for læring på tvers. De ansatte spør rutinemessig: «Hva kan vi lære av andre?» og «Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?»

5.1 Innledning

Alle har både en fysisk og en psykisk helse. Nesten halvparten av oss opplever psykiske vansker i løpet av livet. Regjeringen har styrket tjenestene for mennesker med psykiske helseutfordringer de senere årene. Det er systematisk bygd opp kapasitet og kompetanse både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, og mange får god hjelp. Likevel når ikke hjelpen alle. Dette handler i noen tilfeller om at enkeltes behov for psykiske helsetjenester ikke avdekkes, at hjelpen ikke er godt nok koordinert eller at pasientene ikke blir

godt nok involvert i egen behandling. Vi vet heller ikke nok om resultatene av behandlingen og hvordan det går med pasientene. Samtidig skjer det en betydelig fagutvikling på feltet. Det finnes mye kunnskap om både utfordringer og løsninger, og mange pasienter ønsker å ta større del i egen behandling. De regionale helseforetakene er tydelige på prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i de regionale utviklingsplanene, jf. omtale i kapittel 12. Prioriterte tiltak er blant annet å innføre systemer for å måle effekt av behandling og bedre samarbeid om barn og unge og brukere

med alvorlige lidelser. Regjeringen vil bruke dette potensialet for å videreutvikle de psykiske helsetjenestene.

Dette vil ta tid og kreve mye av mange. Det er samtidig nødvendig og vil bidra til bedre liv og bedre helse for de som trenger disse tjenestene. Regjeringen vil utforme sin strategi for utvikling av psykiske helsetjenester gjennom tre hovedgrep:

1. Avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsetjenester
2. Prioritere kvalitet og fagutvikling i tjenesten
3. Videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi

Regjeringen vil i tillegg gi barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov særlig oppmerksomhet. Rusbehandling omtales i denne meldingen primært knyttet til brukere med alvorlige og sammensatte behov. Det vises for øvrig til blant annet Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) og til rusreformutvalget som skal avgi utredning innen 31. desember 2019. Det vises også til Opptappingsplanen mot vold og overgrep 2017–2021 og endringer i helselovgivningen som tydeliggjør ansvaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Regjeringen understreker at flere av tiltakene i de øvrige kapitlene i denne meldingen også vil gi

bedre tjenester for pasientene i psykisk helsevern, slik som etablering av helsefelleskap, bedre planlegging, en mer sammenhengende akuttmedisinsk kjede, digitalisering, kompetanse og utvikling av finansieringsordningene.

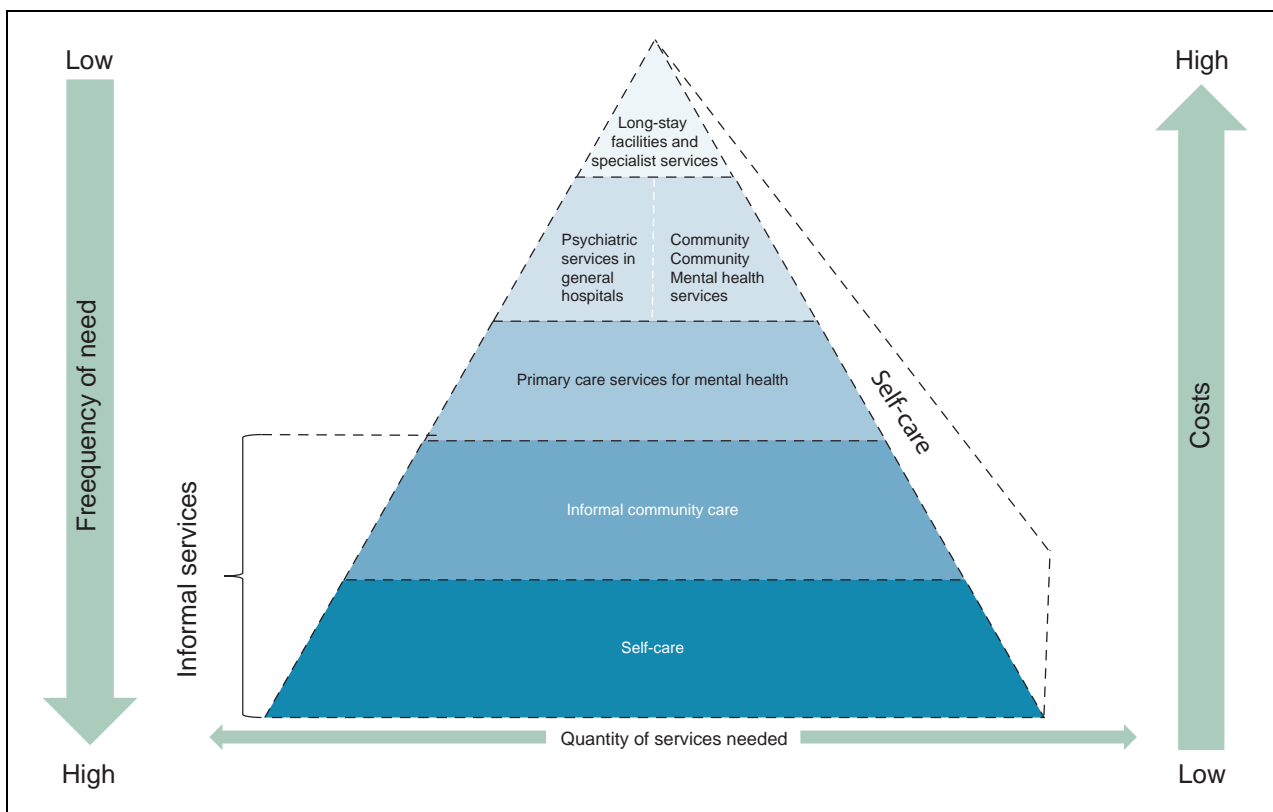
5.2 Om pasientene og tjenestene

Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet at psykiske lidelser blir den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i den vestlige verden i 2020. Ifølge Folkehelseinstituttet vil mellom 16–22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder.¹ Om lag 7 prosent av barn i førskole- og skolealder har symptomer som er forenlig med en psykisk lidelse. Forekomsten av psykiske plager er høyere i noen grupper, blant annet hos lavinntektsgrupper og innvandrere fra lav- og middelinntektsland, enn i den øvrige befolkningen.

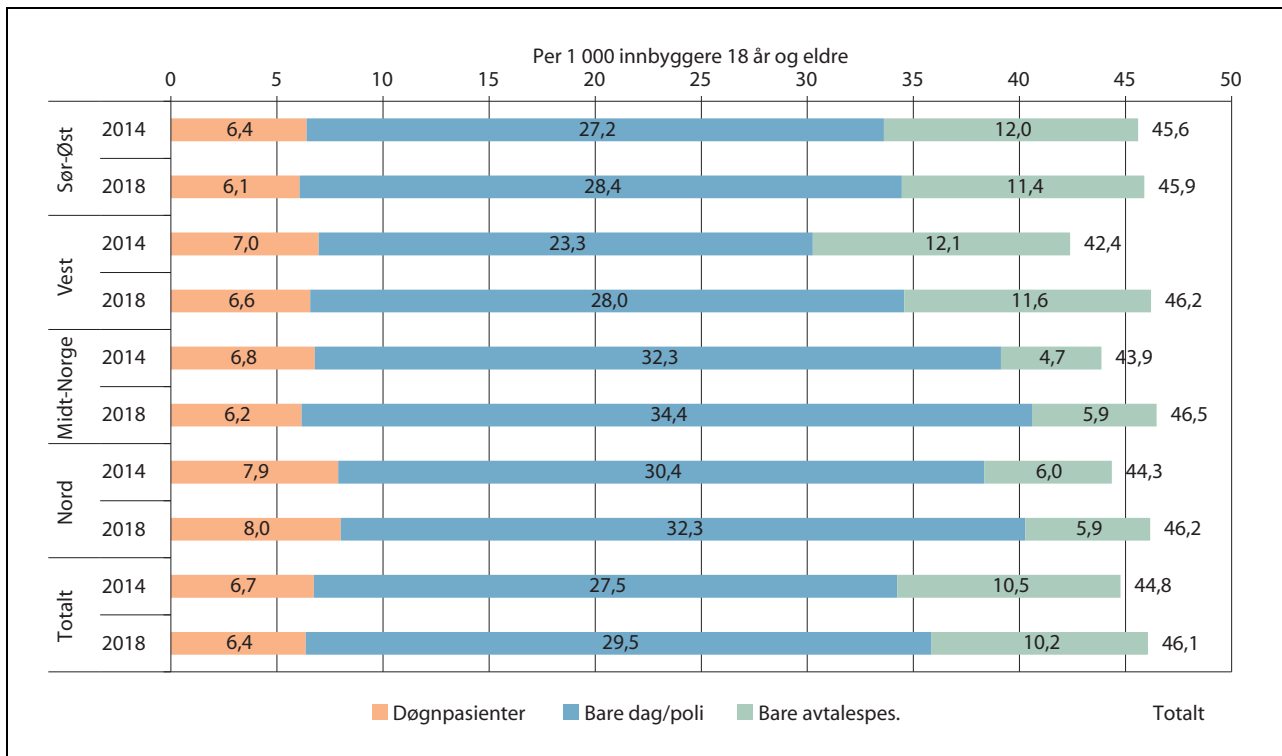
Mennesker med psykiske lidelser er en heterogen pasientgruppe, og behovet for tjenester er ofte mer knyttet til funksjonsnivå enn til diagnose.

Mange klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats eller med støtte fra familie og nettverk

¹ Folkehelseinstituttet (2018). Psykisk helse i Norge



Figur 5.1 Pyramide for tjenesteorganisering innen psykisk helsevern (WHO 2009)



Figur 5.2 Pasienter etter behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne per bostedsregion

Figuren viser antall behandlede i psykisk helsevern per 1000 innbyggere over 18 år i 2014 og 2018, og fordelingen av pasienter ut fra behandlingsform. For Norge (totalt) fikk for eksempel 46,1 av 1000 innbyggere behandling i psykisk helsevern i 2018. Dette tilsvarer 4,6 prosent av befolkningen.

Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014–2018. Helsedirektoratet 2019.

eller selvhjelpstilbud. Noen henter støtte fra frivillige organisasjoner, mens andre har behov for helsetjenester i kortere eller lengre perioder.

Desentralisering av tjenestene og integrering i samfunnet har vært viktige målsettinger for utvikling av de psykiske helsetjenestene, i tråd med anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon.

Etter opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) er omstillingen mot mer åpne og utadrettede tjenester videreført i form av styrkede ambulante og polikliniske tjenester i distriktpsykiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Det er flere årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er styrket gjennom nye samarbeidsløsninger.

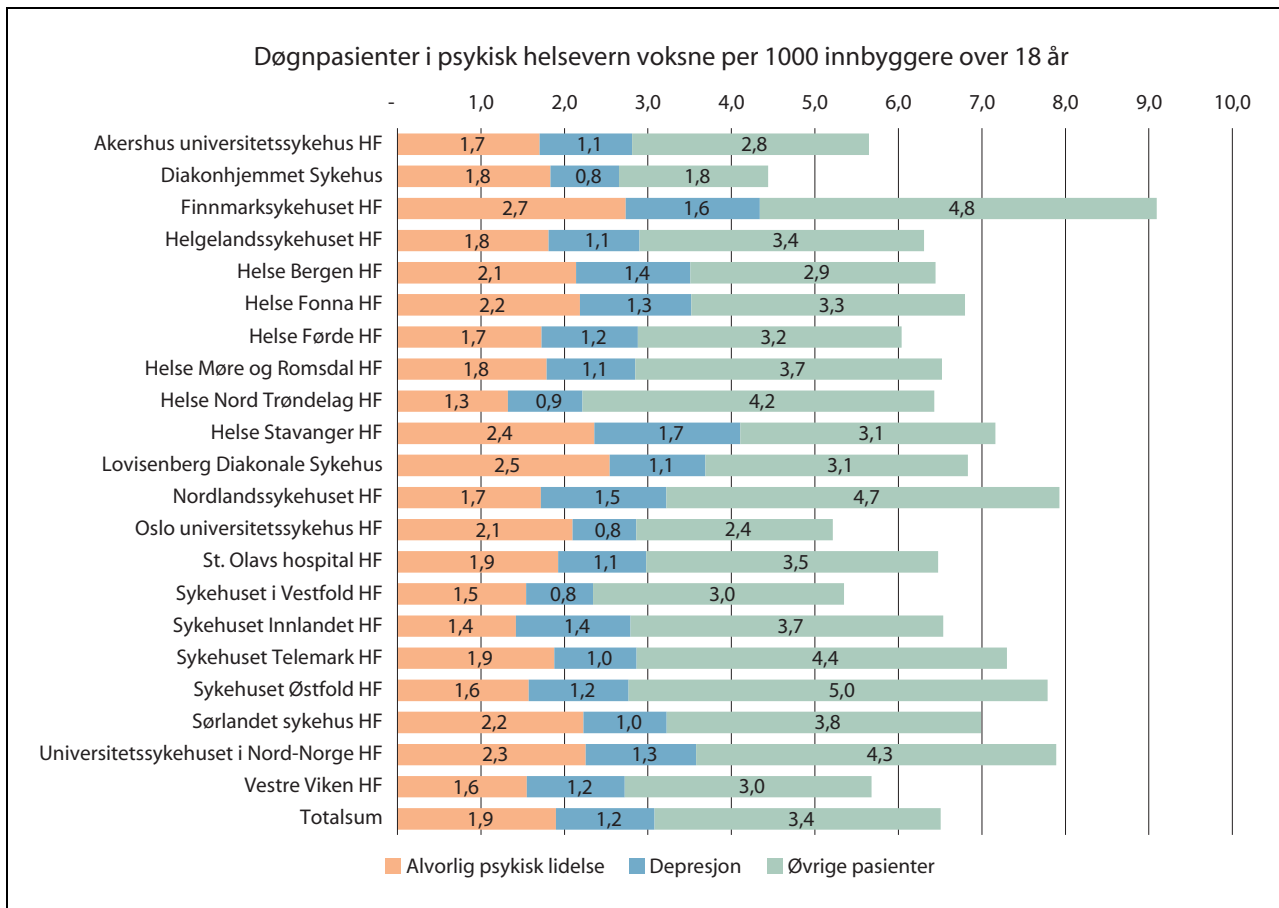
Kommunale helse- og omsorgstjenester er den viktigste veien til helsehjelp for alle typer helseproblemer, også psykiske helseutfordringer. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging. Et eksempel er Rask psykisk helsehjelp. Dette er et korttids behandlingstilbud i kommunen for personer over 16 år

med milde til moderate plager. Det er lett tilgjengelig, gratis og uten lang ventetid. Ved utgangen av 2018 var Rask psykisk helsehjelp etablert i 55 kommuner. Hver tredje pasient oppsøker allmennlege på grunn av psykiske problemer, og antall konsultasjoner på dette området har økt med om lag 15 prosent siden 2012.² Fastlegen kan også vurdere sammenheng mellom somatiske symptomer og psykiske plager.

Frivillig og ideell sektor har en viktig rolle og driver aktivitets- og oppfølgingstilbud, herunder hjelpetelefoner og selvhjelpstilbud overfor personer med psykiske plager og rusmiddelproblemer.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten når ut til nesten alle barn og unge, og er blitt styrket de senere årene. Kommunene har fra 1. januar 2020 plikt til å ha psykologkompetanse og har mottatt tilskudd for å rekruttere psykologer. Mens det var 130 psykologstillinger i kommunene i 2013, legger tilskuddsmidlene til rette for 590 psykologstillinger i 2019. Psykiske helseutfordringer er

² <https://tidsskriftet.no/2016/05/kommentar-og-debatt/enmodell-bedre-samarbeid-mellom-fastlege-og-psykiater#reference-5>



Figur 5.3 Psykisk helsevern voksne. Pasienter i døgntilrettelagt behandling per 1000 innbyggere over 18 år

Kilde: Helse Sør-Øst RHF/Norsk Pasientregister

ofte en av årsakene til at personer deltar i tilbud ved frisklivssentralene. I 2018 hadde 273 kommuner etablert frisklivssentraler i egen kommune eller gjennom interkommunalt samarbeid.

Både i Norge og i andre land er det blitt mer vanlig å organisere tilbudet til bruker/pasient i tverrfaglige team. Eksempler på dette er ACT-³ og FACT-team⁴, rehabiliteringsteam, tidlig intervensjonsteam, rusteam og habiliteringsteam. For å komme tidlig til ved kriser, er det etablert ambulante akutteam (kriseteam) ved DPS og innført brukerstyrte senger. Hensikten er å bidra til å gi tidlig hjelp og forebygge unødige innleggelses.

³ Assertive community treatment. En godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

⁴ Flexible assertive community treatment. Fleksibel aktiv oppsøkende behandling. FACT-modellen er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen i Nederland og er noe i mindre grad fulgt av forskning.

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er desentraliserte spesialisthelsetjenester som skal dekke behov for utredning, behandling og akutt helsehjelp. Sykehusene ivaretar utredning og behandling av tilstander med behov for spesialisert kompetanse, blant annet innen alderspsykiatri, psykoselidelser, spiseforstyrrelser, sikkerhets- og akuttpsykiatri. Selv om mindretallet trenger tjenester som krever innleggelse, bruker disse gruppene en stor del av ressursene. Alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og alvorlig stemningslidelse, sto i 2018 for 45 prosent av oppholdsdøgnene og 22 prosent av polikliniske kontakter for voksne. 3,6 prosent av pasientene i psykisk helsevern for barn og unge, i hovedsak ungdom, mottok døgntilrettelagt behandling i 2017.

I 2018 var totalt 4,7 prosent av den voksne befolkningen og 5,2 prosent av barn og unge under 18 år i kontakt med psykisk helsevern. Som figur 5.2 viser, er det noe ulik behandlingsprofil mellom helseregionene når det gjelder bruk av døgnplasser, avtalespesialister og polikliniske tje-

nester. Det er store geografiske forskjeller i tilbudet hos avtalespesialistene, som i all hovedsak er lokalisert i helseregionene Sør-Øst og Vest.⁵

Det er større variasjon i bruk av psykiske helsetjenester mellom helseforetakene enn på regionnivå, blant annet når det gjelder bruk av døgn-tjenester for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, depresjon og øvrige pasienter, slik som figur 5.3 viser. Noe av variasjonen kan skyldes forskjeller i behov, men hele variasjonen kan ikke forklares på samme måte.

Det har vært et sentralt mål å få kortere ventetider innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I 2018 gikk gjennomsnittlig ventetid ned med to dager fra 2017 innen psykisk helsevern for barn og unge, fra 49 til 47 dager, og én dag innen psykisk helsevern for voksne, fra 46 til 45 dager. Ventetiden for TSB var på 34 dager begge år. I 2019 er det satt konkrete mål om at ventetiden skal ytterligere ned, og at den innen 2021 skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern for voksne, 35 dager for barn og unge og 30 dager for TSB.

5.3 Utfordringsbildet

Departementet har mottatt mange innspill om utfordringene i psykisk helsevern fra pasienter, helsepersonell, helseforetak, kommuner, etater og forskere. Innspillene trekker i samme retning:

Det er behov for mer kunnskap om det fremtidige behovet for psykiske helsetjenester og hvordan tjenestene bør organiseres for å dekke dette behovet:

- Det er fortsatt forskjeller i behandlingstilbudet mellom regioner og helseforetaksområder. Det er også forskjeller i utbygging av tjenestene, for eksempel DPS-funksjonene.
- Helseforetakene og kommunene har ulik forståelse av hvilke pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester og hvem som bør få til-

bud i kommunene. Det er stor variasjon i andelen pasienter som får avslag på henvisninger.

Det er behov for mer kunnskap om hva som virker og hvilken nytte pasientene har av behandlingen:

- Pasienter og pårørende blir ikke nok involvert i behandling og utvikling av tjenestene.
- Det er behov for mer systematisk kunnskap om kvaliteten på tjenestene og effekten av behandlingen. Til nå har hovedvekten vært på indikatorer for struktur og prosess, mindre på resultat.
- Det tar ofte lang tid før nye arbeidsformer og metoder er innført i tjenestene.
- Faglige retningslinjer er ikke tilstrekkelig oppdatert og tilgjengelig for brukere og personell.

Det er behov for å videreutvikle tjenestene gjennom bedre samhandling og bruk av teknologi:

- Det er svikt i tjenestene til personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, blant annet er det ikke god nok systematikk og rutiner for somatisk undersøkelse og behandling.
- Det er mangelfull samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, og det svikter i overgangene.
- Aktørene har ikke god nok kunnskap om hverandres tilbud og kompetanse.
- Avtalespesialister og fastleger er ikke godt nok integrert med de øvrige tjenestene.

Innføring av pakkeforløpene som er omtalt i boks 5.2 adresserer mange av utfordringene som er beskrevet. Det er likevel behov for ytterligere tiltak, både for å støtte ambisjonene med pakkeforløpene og videreutvikle tjenestene. Figur 5.4 viser hvordan noen av tiltakene i denne meldingen understøtter hele forløpet, for eksempel ved bedre pasient- og pårørendeopplæring gjennom lærings- og mestringssentrene. Andre tiltak har større betydning for deler av forløpet, for eksempel mer teambaserte arbeidsformer og etablering av faste samarbeidsstrukturer ved inntak i psykisk helsevern for barn og unge.

⁵ Helsedirektoratet. Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018. Samdata spesialisthelsetjenesten

Boks 5.2 Pakkeforløp psykisk helse og rus

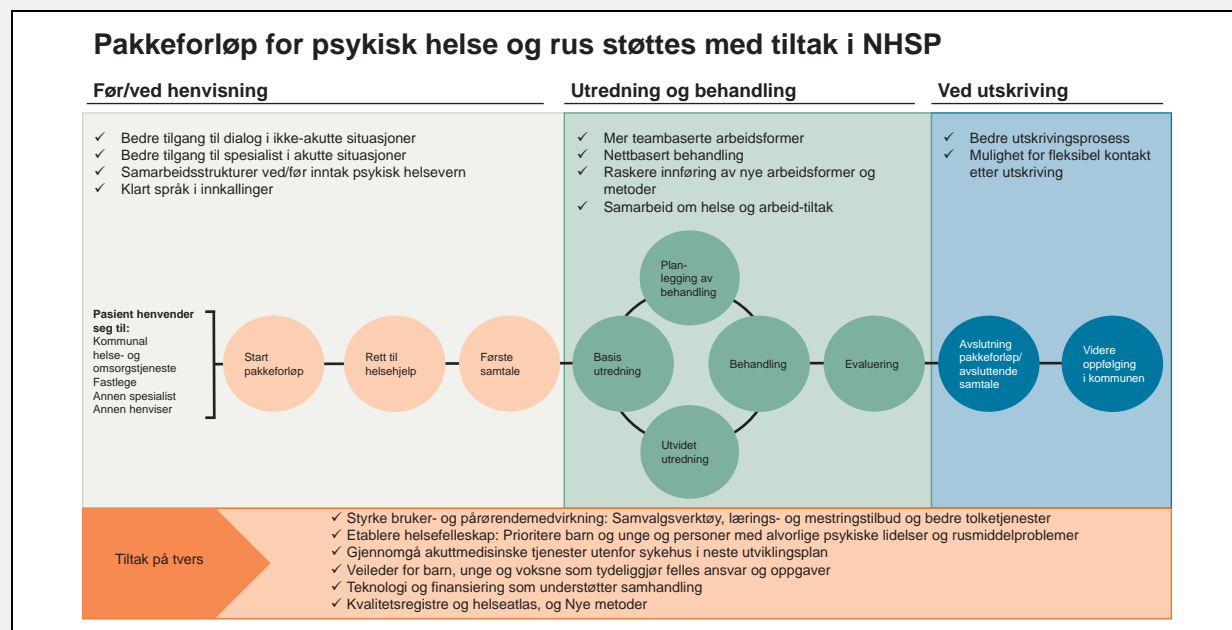
Som oppfølging av Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) fikk Helsedirektoratet i 2016 i oppdrag å utarbeide og implementere pakkeforløp for psykisk helse og rus i samarbeid med tjenestene og brukerorganisasjonene. Det er utarbeidet fem mål for pakkeforløp:

- økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Fra 1. januar 2019 er tjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling organisert som pakkeforløp. Det er utarbeidet tre generelle utrednings- og behandlingsforløp samt tilstandsspesifikke forløp for tvangslidelser og noen av de mest alvorlige lidelsene

som psykoselidelser og spiseforstyrrelser. I 2020 innføres pakkeforløp gravide og rus. Alle pakkeforløpene har også anbefalinger knyttet til vold og overgrep, somatisk helse og levevaner, samt kartlegging og tiltak knyttet til arbeid og bolig. Helsedirektoratet arbeider med flere pakkeforløp og moduler til de generelle pakkeforløpene: ADHD, overdose, familie og rus og samhandlingsforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet.

Pakkeforløp er en stor kvalitetsreform for pasienter, pårørende og tjenestene de møter. Pakkeforløp involverer mange, og det vil ta tid å få dem til å virke. Sintef har fått i oppdrag å evaluere innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Evalueringen vil blant annet gi kunnskap om pasienter og tjenesteyteres erfaringer, og om pakkeforløpene oppfyller intensjonene. Evalueringen skal også bidra til justeringer av pakkeforløpene. Selv om det er for tidlig å si noe om virkningen av pakkeforløpene, er det stor enighet om intensjonene og målene.



Figur 5.4 Pakkeforløp for psykisk helse og rus understøttes med tiltak i NHSP

5.4 Avklare kapasitetsbehov og organisering

Et viktig spørsmål er hvordan de psykiske helse-tjenestene skal dimensjoneres og organiseres fremover. Det er forskjeller i behandlingstilbudet mellom helseforetaksområdene, jf. avsnitt 5.2. Noen av forskjellene er godt begrunnet, mens andre ikke er det. Noen av forskjellene kan også skyldes ulik arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.⁶

Det er nødvendig med mer kunnskap om behovet for psykiske helsetjenester. Dersom dagens aktivitet i psykisk helsevern fremskrives, risikerer man å videreføre den geografiske variasjonen i tilbudet. For å kunne fremskrive behovet for dag- og døgntjenester, poliklinikk og ambulante tjenester, er det nødvendig med en bedre analyse av behov og mer avklart arbeidsdeling mellom ulike deler av tjenesten. Flere pasienter vil kunne få bedre tilbud ved å motta tilrettelagte tjenester i kommunen, mer intensive polikliniske behandlingsforløp, nettbasert behandling, eller teambaserte og ambulante tjenester. Samtidig trenger noen langvarig behandling, herunder døgntilbud. Det er bred enighet om at tjenestetilbudet til de med alvorlige psykiske lidelser må forbedres.

Dagens modell for å planlegge og fremskrive aktivitet i spesialisthelsetjenesten er først og fremst utviklet for somatikk. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utarbeide en analyse av befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester. Det skal gjøres i samarbeid med Folkehelseinstituttet og KS. Det innhentes innspill fra relevante samiske fag- og forskningsmiljøer. Helsedirektoratet skal gi anbefalinger om ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene når det gjelder brukere med psykisk helse- og rusutfordringer. Analysen og anbefalingene skal også omfatte den samiske befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester. Analysene og fremskrivingene skal ta utgangspunkt i målbildet for utvikling i helsetjenesten i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Analysen vil også inngå i kunnskapsgrunnlaget for å vurdere dimensjonering av utdanningskapasitet, bemanning og arbeidsdeling mellom ulike yrkesgrupper. Det

skal leveres en rapport om arbeidet innen 1. november 2020.

Det vil være ulike forutsetninger for å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og tjenester i kommunene og ved de enkelte institusjonene i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen legger til grunn at analysene og fremskrivingene vil være et viktig kunnskapsgrunnlag for helseforetakenes utviklingsplaner og utvikling og planlegging av tjenestene i helsefellesskapene. Som omtalt i kapittel 4, bør helsefellesskapene ha et særlig fokus på å utvikle gode tjenester for blant annet barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

Det er viktig at virkemidlene understøtter ønsket utvikling av tjenestene. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten, og den relative veksten innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn i somatikken. Dette kalles for prioriteringsregelen eller den gylne regel. Måloppnåelsen har vært varierende, noe som også skyldes innretningen av regelen, som kan medføre målkonflikter og utilsiktede konsekvenser. For eksempel kan økt bruk av ambulante tjenester gi lavere aktivitetstall, ettersom denne formen for poliklinisk kontakt er mer tidkrevende, men samtidig innebærer færre konsultasjoner. Regjeringen vil videreføre hovedformålet om å prioritere psykisk helsevern og TSB, men vurdere om analysen og fremskrivingene kan gi grunnlag for en mer målrettet innretning på prioriteringsregelen på sikt.

5.5 Prioritere kvalitet og fagutvikling

Tjenestene bør i større grad innrettes etter om hjelpen faktisk hjelper og om den bidrar til bedre livskvalitet og mestring av eget liv, sett med pasientens øyne. Helsetilsynet har pekt på behov for å styrke den faglige ledelsen innen psykisk helsevern. Behandlere og ledere innen psykisk helsevern må blant annet ha god tilgang til styringsinformasjon som grunnlag for å utvikle tjenestene til det beste for pasienter og pårørende. En viktig forutsetning er oppdatert kunnskap om innhold og kvalitet i behandlingen, og systematikk for å planlegge, følge med på, evaluere og korrigere egen virksomhet. Det er også viktig å sikre at ledelsen på alle nivåer har god kompetanse om psykisk helsevern og TSB.

⁶ Helsedirektoratet (2019). Helhet og sammenheng. Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester

5.5.1 Styrke brukermedvirkning og kunnskap om brukernes opplevelser

Bruker- og pårørendemedvirkning har vært sentralt i utviklingen av pakkeforløp psykisk helse og rus, og er en rød tråd gjennom hele forløpet, jf. boks 5.2. Det er likevel behov for ytterligere tiltak slik at pasienter og pårørende involveres i enda større grad i behandling og utvikling av tjenesten. Regjeringen vil derfor gjennomføre tiltak for å styrke brukermedvirkning og øke kunnskapen om brukernes opplevelser:

- Utvikling av flere samvalgsverktøy: De regionale helseforetakene har etablert et felles prosjekt for å utbrede bruk av samvalg og samvalgsverktøy, jf. avsnitt 3.3.1. Det første samvalgsverktøyet innen psykisk helse er publisert på helsenorge.no og skal gjøre det lettere for pasienter med psykose å ta gode valg om egen behandling i samråd med behandler.
- Flere og forbedrede pasienterfaringsundersøkelser (PasOpp): Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er bedt om å lage en femårig plan for nasjonale PasOpp-undersøkelser. I tillegg har de fått i oppdrag å lage et system for løpende PasOpp-undersøkelser, hvor pasien-

tene kan gi tilbakemelding etter hvert opphold, og ikke bare gjennom de store nasjonale undersøkelser. Dette skal, etter planen, tas i bruk for pasienter i døgnbehandling i 2021 og blir et redskap for lokalt forbedringsarbeid. Et nytt spørreskjema er utviklet for å gjøre det lettere å lytte til og bruke barn og unges erfaringer i Psykisk helsevern barn og unge.

- Økt brukermedvirkning i forskning: Andelen forskningsprosjekter i helseforetakene som rapporterer brukermedvirkning har økt hvert år siden 2014, jf. avsnitt 3.3.2. Den høyeste andelen medvirkning rapporteres innenfor psykisk helse og rusområdet med over 88 prosent i 2018, en økning fra 75 prosent i 2017.
- Styrke brukermedvirkning på individnivå: Helsedirektoratet vil utvikle en undervisningsmetode slik at brukere, pårørende og erfaringskonsulenter kan bli enda bedre kjent med hvordan man kan medvirke i eget forløp og hva det kan bety for behandlingen. Metoden skal kunne brukes av alle bruker-, pasient- og pårørendeorganisasjoner.

Brukermedvirkning omfatter også bruk av erfaringskompetanse. Det har vært vekst i bruken



Figur 5.5 Brukermedvirkning er sentralt

Illustrasjonsfoto fra St. Olavs hospital HF, Borgos Foto AS

av erfaringskonsulenter, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, i samsvar med målene i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Tilbakemeldingene viser at det i hovedsak er gode erfaringer med ansatte med erfaringskompetanse, og at dette bidrar til en mer brukerorientert kultur.⁷ Det er imidlertid behov for å avklare roller og arbeidsforhold for erfaringskonsulentene og styrke opplæringen. Dette ansvaret ligger hos helseforetak og kommuner som arbeidsgivere. Flere har arbeidet systematisk med en slik rolleavklaring og har kunnskap og erfaringer som vil kunne ha overføringsverdi til andre. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse skal samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendekunnskap. Senteret har gitt ut en håndbok for arbeidsgivere som skal ansette erfaringskonsulenter innen psykisk helse- og rusområdet. De gjennomfører årlige undersøkelser om erfaringskonsulentenes arbeidssituasjon og arrangerer nettverkssamlinger. I den nasjonale gjennomgangen av kompetansemiljøene (jf. omtale i avsnitt 5.5.3) vil det også vurderes hvordan ulike aktører kan samarbeide om å videreutvikle opplæringen og rollene for ansatte og representanter med brukererfaring.

5.5.2 Mer kunnskap om variasjon, anbefalt behandling og utfall av behandling

Ledere og ansatte i psykisk helsevern trenger mer kunnskap om effekt av behandlingen og hvordan det går med pasientene innenfor psykisk helsevern. Dette vil være viktig for systematisk forbedring, planlegging og ledelse av tjenestene både lokalt, regionalt og nasjonalt. Det blir utviklet nye kvalitetsindikatorer i forbindelse med implementering av pakkeforløpene, og Helsedirektoratet utvikler et dashboard for tjenesten der styringsinformasjonen blir samlet. Det er også initiert arbeid med flere nasjonale kvalitetsregistre og helseatlas⁸ på psykisk helse- og rusområdet. Samlet vil dette bidra til å gi tjenestene bedre oversikt over egen praksis og omfanget av uønsket variasjon.

Kvalitetsregistre vil legge til rette for utvikling av tjenestene. KVARUS (Kvalitetsregister for

behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler) fikk status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister i 2018. Registeret skal tas i bruk i 2020. KVARUS er samkjørt med pakkeforløp for TSB. NorSpis (Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser) fikk status som nasjonalt kvalitetsregister i 2015, og datainnsamling startet i 2017. Innen psykisk helsevern for barn og unge er det utviklet flere lokale kvalitetsregistre, blant annet ved Universitetssykehuset Nord Norge HF. De regionale helseforetakene utarbeidet i 2018 rapporten «Plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre». På bakgrunn av planen er det igangsatt arbeid med å utrede nasjonale kvalitetsregistre innen psykisk helsevern.

De regionale helseforetakene har også fått i oppdrag å utarbeide helseatlas. Det er igangsatt arbeid med et oversiktshelseatlas innen psykisk helsevern og TSB, og det planlegges et helseatlas for psykisk helse og somatiske helsetjenester. Helseatlas vil, sammen med flere kvalitetsregistre, være et viktig bidrag for å styrke arbeidet i tjenestene med å redusere uønsket variasjon og gi bedre behandling lokalt.

Boks 5.3 Kvalitetsregister for BUP ved Universitetssykehuset Nord Norge HF

Kvalitetsregister for BUP ble etablert ved én poliklinikk i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord Norge HF i 2013, og inkluderer nå om lag 2000 pasienter. Formålet er å systematisere informasjon om behandlingsutbytte og pasientenes fornøydhet i det enkelte pasientforløp. Informasjonen fra registeret inneholder data fra standardiserte skalaer tilpasset ungdommer, foresatte, lærere og klinikere, som brukes internasjonalt. Dette gjør at resultatene kan sammenlignes med lignende registre. Hittil er lokale registerdata for utfall og fornøydhet sammenlignet med tilsvarende data fra England. Resultater fra registeret bekrefter funn fra helsetjenesteforskning og behandlingssforskning, og har pekt på forbedringsområder som bør prioriteres innen brukermidvirkning og samvalg.

⁷ Høgskolen i Sørøst-Norge (2017). Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus

⁸ Helseatlas er et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles.

5.5.3 Raskere innføring av nye arbeidsformer og metoder

Det tar ofte lang tid fra arbeidsformer og metoder har dokumentert effekt til de blir vanlige i helse-tjenesten. Det er allerede flere forbedringstiltak i gang for å understøtte tjenestene i dette arbeidet:

- Oppdatere retningslinjer: Helsedirektoratet vil revidere flere retningslinjer og veiledere, og disse vil bli publisert i digitalt format.
- Kartlegge etterlevelse av retningslinjer: Gapundersøkelse⁹ er et verktøy for å sammenlikne nåværende praksis med anbefalinger i de nasjonale faglige retningslinjene på psykisk helse- og rusområdet. Det brukes også som et hjelpemiddel for ledere for å implementere retningslinjer ved egen enhet eller avdeling.
- Bruke simulering: I noen sammenhenger er trening ved hjelp av simulering et godt virkemiddel for å gi pasienten god behandling; både individuell ferdighetstrening og trening på samhandling i akutte og komplekse situasjoner. For å utnytte kapasitet og kunnskap, skal det opprettes et nasjonalt nettverk for deling av metoder for utvikling av simuleringssopplegg, jf. avsnitt 9.10.
- Systematisk bruk av kvalitetsmåling og forbedringsmetodikk: Nye arbeidsmetoder som innføres, bør kunne måles med hensyn til kvalitet og resultat. Strukturert og systematisk implementering er også et viktig suksesskriterium. Gode eksempler internasjonalt og i Norge er kvalitetsmåling ved Individuell jobbstøtte (IPS), oppsøkende behandlingsteam (ACT) og trening i livsmestring og tilfriskning (IMR) og behandling av tvangslidelser (OCD). På grunn av kvalitetsmåling vet man at disse metodene har bidratt til mer effektiv hjelp.
- Som oppfølging av Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) Mestre hele livet, har man kartlagt forskning på psykisk helse i Norge de siste fem årene.¹⁰ Rapporten gir en oversikt over forskningsinnsatsen, forskningssvake områder og kunnskapshull. Den vil være et nyttig grunnlag for de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet og andre aktører for å sikre best mulig utnyttelse

av ressursene ved prioritering av forskningsområder.

I tillegg vil regjeringen i Nasjonal helse- og sykehusplan fremme følgende tiltak:

- Bruke systemet Nye metoder mer: Det er et mål at helseforetakene legger til rette for at flere metoder innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal meldes inn og vurderes i systemet Nye metoder. Nye metoder er etablert for å sikre raskere innfasing av trygge og virksomme metoder, og utfasing av metoder som har liten effekt. Systemet har i liten grad vært brukt for metoder innen psykisk helsevern og TSB.
- Gjennomgå roller og ansvar for kompetansemiljøene innen psykisk helse- og rusområdet: Disse miljøene er sentrale aktører for å understøtte implementering av kunnskapsbasert behandling og nye metoder. Det kan være potensial for å bruke disse ressursene enda bedre og mer systematisk. På bakgrunn av en evaluering fra Helsedirektoratet (2018) vil det bli gitt oppdrag om at dagens organisering av nasjonale og regionale funksjoner på psykisk helse- og rusområdet skal gjennomgås.

En internasjonal kunnskapsoppsummering knyttet til implementeringen av behandlingsprogrammet Improving access to psychological therapies (IAPT), som tilsvarende Rask psykisk helsehjelp i Norge, viser at kortere ventetider og god organisering av tjenestene gir bedre utfall av behandlingen.¹¹ Studien viser at 33 prosent av behandlingsutbytte kan tilskrives organiseringen og det hevdes at effektiv implementering har samme betydning som valg av metode og terapien i seg selv. Fem organisatoriske forhold fremheves som faktorer for positivt behandlingsutbytte, i tillegg til bruk av pasientrapporterte data til å justere behandlingen:

- Behandlere som tidlig identifiserer relevant behandlingssfokus overholder sannsynligvis de kliniske retningslinjene.
- Kort ventetid bevarer pasientens behandlingssmotivasjon og gir større engasjement.
- Høyere behandlingssintensitet og flere konsultasjoner på kortere tid, spesielt for dem som hadde lite utbytte i starten.
- Færre ikke-møtt timer.
- Mer tid brukt på behandling og mindre tid brukt til utredning.

⁹ Gapundersøkelser er en metode der virksomheten beskriver den faktiske nåsituasjonen og den ønskede fremtidige situasjonen, identifiserer forskjellene mellom dem, og så lager en plan for å fylle gapet. <https://rop.no/verktoy/gapundersokelser/>

¹⁰ NIFU (2019). Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge

¹¹ Holman og Victor (2019). Krav om pasientinvolvering og kort ventetid er fornuftig. Dagens medisin 13.08.2019, jf. THE LANCET Volume 391 Issue 10121 (2018)



Figur 5.6 SIM Innlandet: Medisinsk simulering innen psykisk helsevern.

Simulering er klinisk trening som omhandler alt fra individuell ferdighetstrening til samhandlingstrening i akutte og komplekse situasjoner. Treningen tilpasses slik at deltakerne møter realistiske situasjoner. Målet med treningen er at helsepersonell blir bedre faglig og får et bredere handlingsrepertoar.

Kilde: Sykehuset Innlandet HF

Boks 5.4 Eksempel på implementering av kunnskap og nye metoder

Implementering av behandling av tvangslidelser (OCD-behandling) i Helseregion Sør-Øst (2013–2017) illustrerer suksesskriterier for systematisk og forpliktende implementering av kunnskap og nye metoder:

Kunnskapsgrunnlag og virksom behandling: Arbeidet var tuftet på kunnskap om at det fantes virksom behandling, men denne ble ikke gitt i tilstrekkelig grad til pasienter som trengte det.

Opplæringsprogram: Det var behov for kompetanseoppbygging i tjenesten og ny organisering av behandlingstilbudet. Et systematisk opplæringsprogram gikk over tre år. Veiledning og monitorering av egne behandlingsforløp for å måle effekt av behandlingen var viktig kvalitets-sikring av troskap til modellen og kontroll med undervisningen.

Plan, vilje og organisering: Det ble lagt en treårig implementeringsplan. Tilbudet ble samlet og organisert i spesialiserte enheter. Alt per-

sonell med klinisk ansvar i de spesialiserte poliklinikkene deltok i opplæringen og forpliktet seg til å følge modellen. Helseforetakene ble tatt inn i tre puljer. Tilbudet ble etablert i alle sykehusområder, knyttet til en DPS-struktur. Organiseringen skulle sikre tilstrekkelig befolkning i opptaksområdet i forhold til faglige anbefalinger (robust og spesialisert).

Gjennomføringsevne og ledelse: Arbeidet var godt lederforankret fra nasjonalt nivå, regionalt og i det enkelte sykehusområde/helseforetak og sykehus/DPS. Implementeringsplanen ble fulgt. Regional prosjektleder samarbeidet med nasjonal prosjektleder, Helsedirektoratet, med det enkelte helseforetak og deltakende enhet, og den enkelte medarbeider.

Det er etablert OCD-team i alle helseregioner og 60–70 prosent av pasientene som får behandling, blir nå betydelig bedre underveis i behandlingen.

5.6 Videreutvikling av tjenestene

Analysen av behovet for psykiske helsetjenester og anbefalinger om hvordan arbeidsdelingen skal være, jf. avsnitt 5.4, vil være et sentralt utgangspunkt for videreutvikling av tjenesten fremover. På noen sentrale områder er det imidlertid mulig å slå fast ønsket retning allerede nå. Det gjelder særlig bruk av teknologi for å yte bedre tjenester og flytte tjenestene nærmere pasienten, samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, herunder mer teambaserte og ambulante arbeidsformer, bedre samarbeid om arbeid og helsetiltak og tettere integrering av avtalespesialister. Utvikling av tjenesten i denne retning innebærer, etter regjeringens syn, en nødvendig modernisering som vil gi bedre og mer bærekraftige tjenester. Utvikling av tilbudet til pasienter med store og sammensatte behov, og barn og unge, er omtalt i avsnitt 5.7 og 5.8.

5.6.1 Bedre bruk av digitale tjenester

De siste årene er det utviklet flere nettbaserte behandlingstilbud for de vanligste psykiske lidelsene som angst og depresjon. Å bygge ut digitale tjenester og andre lavterskeltilbud bidrar til nærhet og bedre tilgjengelighet.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har etablert prosjektet *Mestringsverktøy for psykisk helse*, hvor det arbeides med å utvikle en læringsportal der brukeren får veiledet selvhjelp eller nettbasert oppfølging og behandling av behandler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil kunne gi flere hjelp til å mestre sin livssituasjon – uten lang ventetid. En pilot ble igangsatt i 2018.

Beslutningsforum for nye metoder godkjente i januar 2019 at terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser (eMeistring) kan tas i bruk når det er hensiktsmessig. Kunnskapen om behandlingsformen har til nå vært lite formidlet og etablert i tjenestene. I tillegg til Helse Bergen HF finnes tilbudet ved Solli DPS, Vestfold DPS og Nidaros DPS. Fagmiljøet i Helse Bergen opplever økt forespørsel om å kunne ta i bruk eMeistring fra flere helseforetak.

Veiledet nettbasert behandling for angst og depresjon har vist seg å gi like gode resultater som fysisk møte mellom pasient og behandler, og effekten holder seg stabil tre år etter behandlingen.¹² Denne typen behandling kan bidra til å nå pasientgrupper som har høy terskel for å oppsøke hjelp, eller av andre grunner har utfordringer med å komme i kontakt med hjelpeapparatet (f.eks. rei-

sevei, skole/jobb). Veiledet nettbasert behandling kan gi økt mestringsfølelse og kontroll og en mer aktiv pasientrolle hvor man i større grad tar ansvar for egen mental helse. Samtidig frigjøres ressurser til behandling av andre pasienter.

Finnmarkssykehuset HF har tatt i bruk video i pasientbehandling. I 2018 hadde behandlerne ved klinikk psykisk helsevern og rus nesten tusen pasientkonsultasjoner med video. Antallet vil øke markant i 2019. Finnmarkssykehuset HF har opprettet en beredskapsordning tilknyttet akutttilbudet (innen 24 timer) med en vaktordning der leger har telefonisk hjemmevakt på ettermiddag/kveld og i helger. Hjemmevaktordningen er tilrettelagt for bruk av videokommunikasjon. Her finner overlege på vakt i Finnmarkssykehuset og kommunal legevaktlege i samråd med pasienten og eventuelt vaktlege på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) den beste løsningen for pasienten i tett dialog med aktuell døgnetenhet. Finnmarkssykehuset tar også i bruk video for å nå ut med spesialister i akutte situasjoner. Der kan overlege på vakt i Finnmarkssykehuset, kommunal legevaktlege og vaktlege på UNN i samråd med pasienten, finne den beste løsningen. Det avholdes faste ukentlige felles videomøter mellom døgnetene i Klinikk psykisk helsevern i Finnmarkssykehuset (Alta, Tana og Karasjok) og akuttposten på UNN for oppfølging av pasienter og pasientforløp.

Bruk av video i behandlingen gir mulighet for tettere oppfølging og bedre kontinuitet, samtidig som terapeuten blir mer tilgjengelig. Det blir også enklere for pårørende eller hjelpere i hjemkommunen å delta i samtalen. Bruk av video gjør at reisebelastningen blir mindre for pasientene, som betyr mindre fravær fra jobb og skole. Pasienter og behandler slipper å avlyse avtalt time på grunn av vær- og føreforhold. For noen pasienter kan det være lettere å sitte hjemme hvor de føler seg trygge under samtalene. Det er imidlertid viktig å møte pasienten fysisk for å etablere kontakt og få folk til å bli trygge på bruk av video. Det er vanlig å kombinere behandling ved poliklinikken og bruk av video.¹³

Regjeringen vil tilpasse nasjonale rammebetingelser, herunder finansieringsordninger og regelverk, for å legge til rette for denne utviklingen av tjenesten, jf. nærmere omtale i kapittel 7 (teknologi) og 11 (finansiering).

¹² Mohr DC & al (2013) «Behavioral Intervention Technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health» General Hospital Psychiatry

¹³ <https://finnmarkssykehuset.no/nyheter/pasienter-far-tettere-oppfolging-gjennom-skype>

5.6.2 Samarbeid om henvisninger og avklaring av tjenestetilbud

Variasjon i andel pasienter som får avslag på henvisning til psykisk helsevern, viser at det er ulik forståelse av hvilke pasienter som har behov for behandling i psykisk helsevern og hvem som bør få tilbud i kommunen. En undersøkelse fra Folkehelseinstituttet viser at fastlegene mener at tilgangen til DPS rundt henvisningssituasjonen har blitt dårligere fra 2014 til 2018.¹⁴ Samtidig er det gode samarbeidsmodeller flere steder.

Ved Nidaros DPS er det etablert et eget team av psykiatere og psykologspesialister som, sammen med samhandlingskoordinator, jevnlig drar ut til fastlegekontor for å diskutere pasienter som skal henvises. Erfaringene er at fastlegene blir bedre kjent med spesialistene, og får diskutert alternative løsninger for pasienter som ikke skal i behandling i DPS. Andre tar pasientene inn til vurderingssamtale før man avgjør om man skal gi tilbud om videre behandling i DPS, eller om pasienten skal følges videre av fastlege og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, for eksempel ved Halden DPS og Tiller DPS. Dette bidrar også til reduksjon i avslag. Regjeringen legger til grunn at helseforetakene viderefører arbeidet med bedre samarbeid rundt henvisninger. Dette er særlig viktig for barn og unge, og det er gitt et eget oppdrag om å beskrive og foreslå modeller, jf. avsnitt 5.8.3.

Også i andre deler av forløpet er det behov for gjensidig veiledning og dialog. Pakkeforløpene har derfor konkrete anbefalinger om rutiner for samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, fastlege og andre relevante aktører både rundt inntak, underveis og ved avslutning. Ved avslag bør det gis en faglig begrunnelse for avslaget og det bør gis anbefalinger om annen aktuell behandling eller oppfølging. Helsedirektoratet vil følge med på evalueringen av pakkeforløpene for å vurdere om det er nødvendig å gjøre presiseringer knyttet til samhandling og koordinering. I tillegg har Helsedirektoratet foreslått å revidere den nasjonale veilederen Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, og gi anbefalinger om hvordan kommuner og spesialisthelsetjeneste bør innrette og organisere tilbudet.

5.6.3 Mer teambaserte arbeidsformer

Teambaserte arbeidsformer gir gode resultater når man skal tilby helhetlige og integrerte tilbud til mennesker med omfattende psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. ACT-team, som er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er ett eksempel som har dokumentert god effekt. Det er etablert ACT-team i alle helseregioner, og det har vært en stor økning i FACT-team. FACT-team har en større målgruppe enn ACT-teamene, men det er ikke forsket like mye på disse. Evalueringen av ACT-team i Norge viste at antall døgnopphold og døgnopphold på tvang i psykisk helsevern ble halvert i løpet av to år.¹⁵ En utredning fra Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NK-ROP) viser at man kan nå 90 prosent av befolkningen med ACT/FACT-team. Kriteriet er blant annet at det skal være mulig å nå målgruppene innen en times reise.

Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NK-ROP) gjennomfører nå en forskningsbasert evaluering av de syv første FACT-teamene, som skal være ferdig ved utgangen av 2019. De skal også vurdere hvordan modellen kan justeres til mer spredtbygde områder med store avstander og hvordan digitale verktøy kan være en løsning for å sikre tett daglig kontakt mellom de ansatte i teamet, og mellom ansatte og brukere.¹⁶ Dette er blant annet tatt i bruk i FACT Lofoten, som er et nyetablert samhandlingsteam mellom Nordlandssykehuset og kommunene Vågan, Vestvågøy, Flakstad og Moskenes. Det er et befolkningsgrunnlag på 23 350 innbyggere med reiseavstander opp mot ca. 2,5 timer hver vei.

Helsedirektoratet har, siden det første ACT-teamet ble etablert i 2009, stimulert til utbygging av ACT- og FACT-team gjennom tilskudd, nasjonalt opplæringsprogram, ledernetverk og kvalitetsmålinger. Regjeringen mener samtidig at slike team er en integrert del av ansvaret som helseforetak og kommuner har for å yte gode og forsvarlige helsetjenester.

Regjeringen har som mål at tverrfaglige ambulante team implementeres der det er befolkningsmessig grunnlag for det, og forutsetter at helse-

¹⁴ Folkehelseinstituttet (2019). Fastlegers fornøydhet med DPS

¹⁵ Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2014). Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?

¹⁶ <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss-si/aktuelt/nyheter/15-millioner-til-forskning-pa-fact>



Figur 5.7 Illustrasjonsfoto

Foto: Freestock

foretak og kommuner legger dette til grunn for planlegging og utvikling av tjenestene. Som omtalt i kapittel 11, er ambulante oppsøkende behandlingsteam inkludert i innsatsstyrt finansiering.

Det er flere eksempler på teambaserte samhandlingstiltak mellom helseforetak og kommuner rettet mot eldre med psykiske lidelser. Ved Diakonhjemmet har de i samarbeid med sykehjemmetaten i Oslo opprettet delte stillinger mellom alderspsykiatrisk avdeling og sykehjem. Diakonhjemmet og Oslo kommune har også etablert FACT-team for hjemmeboende eldre med alvorlig psykisk sykdom som trenger behandling og tjenester fra flere nivåer samtidig. SAM-AKS-prosjektet ved Sykehuset Innlandet HF, der spesialsykepleiere ved alderspsykiatrisk avdeling samarbeider med ansatte i kommunene, er omtalt i kapittel 4.

Helsedirektoratet har nylig publisert Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre.¹⁷ Det er tydelige anbefalinger om at psykisk helsearbeid i kommunen, DPS og privatpraktiserende spesialister i psykiatri og klinisk psykologi bør tilby utredning og behandling av eldre med psykisk sykdom, på lik linje med yngre voksne.

5.6.4 Samarbeid om arbeid og helse

Det er godt dokumentert at det å være i arbeid og utdanning er helsebringende. Likevel har deltakelse i arbeid og utdanning tradisjonelt vært lite

utnyttet som terapeutisk virkemiddel i behandling. Dette gjelder både innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ulike somatiske fagområder. Det er utviklet modeller og etablert tiltak flere steder der helsetjenesten og Nav samarbeider strukturert gjennom et behandlingsforløp, og som bidrar til både bedre helse, arbeidsinkludering, utdanning og redusert sykefravær, blant annet gjennom Individuell jobbstøtte (IPS), Skole og JobbResept og HelseIArbeid, som er et av virkemidlene i IA-avtalen. Mange vil trenge samtidig bistand fra både helsetjenestene og Nav. De regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet har etablert et systematisk samarbeid. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet, og også på kommunenivå har det vært en positiv utvikling.

Flere helseforetak etablerer tverrfaglige poliklinikker innen somatikk og psykisk helsevern med tilstedeværende Nav-koordinatorer, blant annet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helgelandssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Stavanger HF. Det er også samlokaliserte arbeidsrettede poliklinikker for somatikk og psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Individuell jobbstøtte (IPS) prøves ut flere steder og er evaluert med gode resultater.

Helse- og omsorgsdepartementet avsetter årlig søkbare tilskuddsmidler til IPS og jobbmes-trende oppfølging (JMO) i kommuner og helseforetak. Arbeids- og sosialdepartementet tildeler også midler til slike tiltak. Midlene under Raskere tilbake-ordningen ble overført til de regionale helseforetakenes ordinære budsjetter fra 2018.

Som ledd i innføring av pakkeforløp innen psykisk helse og rus, er det gitt tydelige anbefalinger om at den enkeltes forhold til arbeid eller utdanning skal inngå i kartleggingen, og at det som ledd i behandlingen, lages en plan for å fortsette i eller vende tilbake til skole/arbeid. Ved avslutning av pakkeforløpet skal spørsmål om pasienten har fått meningsfull aktivitet inngå i sjekklisen.

Regjeringen legger til grunn at spesialisthelse-tjenesten og kommunene fortsatt samarbeider med Nav og viderefører og sprer virksomme, arbeidsrettede tiltak innen helse og arbeid/utdanning. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeider om å videreutvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt og vil utarbeide nasjonale faglige retningslinjer/veileder om arbeid og helse.

¹⁷ Helsedirektoratet (2019). Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/samhandling-og-oppgavefordeling>

5.6.5 Tettere integrering av avtalespesialister

Avtalespesialistene utfører om lag 25 prosent av den samlede polikliniske aktiviteten i psykisk helsevern for voksne, men det er store geografiske forskjeller i dekningen av avtalespesialister. Departementet har gjennom flere år vært opptatt av å integrere avtalespesialistene i den øvrige spesialisthelsetjenesten. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og avtalespesialistene, og det pågår arbeid knyttet til avtalespesialistenes fremtidige rett og plikt til vurdering og tildeling av pasientrettigheter.

Det vil også styrke kvaliteten i pasienttilbudet hvis avtalespesialistene blir inkludert i pakkeforløpene i spesialisthelsetjenestene, og at forløpskoordinator også får ansvar for å koordinere tilbud til pasienter som går til avtalespesialist. Dette vil også kunne sikre mer sammenhengende tilbud for pasienter der det blir behov for tettere oppfølging eller annet behandlingstilbud enn det avtalespesialisten kan gi.

Regjeringen vil gi et oppdrag til de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, i samarbeid med blant annet Legeforeningen og Psykologforeningen, om å utrede hvordan avtalespesialistene kan inkluderes i pakkeforløpene, herunder hvilke endringer dette forutsetter i veiledere, IKT-løsninger, finansiering og avtaleverk. Tidspunktet for dette utredningsarbeidet må ses i sammenheng med annet utviklingsarbeid knyttet til avtalespesialistordningen, herunder avtalespesialistenes rolle i rettighetsvurdering.

5.7 Tjenester til brukere med alvorlige og sammensatte behov

Vi har fortsatt en vei å gå for å tilpasse gode hjelpetilbud for brukere med store og sammensatte behov, slik som alvorlige psykiske og somatiske lidelser og rusproblemer. Dette stiller store krav til samarbeid både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. KS har pekt på at de fleste mennesker med psykiske lidelser har det best når de kan få et tilbud i kommunen. Forutsetningen er at spesialisthelsetjenesten bidrar med sitt, og tar ansvar for at det utvikles behandlingstilbud til de sykeste, i samarbeid med kommunen. Derfor er dette én av fire pasientgrupper som helsefelleskapene bør ha særlig fokus på å utvikle gode tjenester for. I dette kapitlet omtales noen av pasientene i denne gruppen og aktuelle tiltak.

God, helhetlig behandling og oppfølging forutsetter tverrfaglig utredning, behandling og oppfølging, tilstrekkelige personellressurser og spesialisert kompetanse, egnede døgnavdelinger og mulighet for langtidsoppfølging, blant annet gjennom ambulante tjenester. For noen er det behov for å få dekket grunnleggende behov, som et trygt sted å bo og utdanning, arbeid og aktivitet. Eksisterende tilbud som brukerstyrte senger og ambulante tjenester, herunder akutteam, bør tas i bruk og videreutvikles til brukere med alvorlige og langvarige lidelser.

I kapittel 4 er det omtalt flere tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter. Sammen med pakkeforløp for psykisk helse og rus vil tiltakene bidra til å forbedre tilbudet også til disse pasientene. Regjeringen har iverksatt flere utredninger og forbedringstiltak som vil være et viktig kunnskapsgrunnlag for tjenestene for å styrke tilbudet til brukere med store og sammensatte behov:

- Opptappingsplanen for rusfeltet 2016–2020 (Prop. 15 S (2015–2016)) omhandler blant annet betydningen av å tilrettelegge for boliger for vanskeligstilte, jf. også strategien Bolig for velferd (2014–2020). Regjeringen skal legge frem en stortingsmelding om boligsosial politikk. Stortingsmeldingen skal omtale mål, virkemidler og roller i arbeidet med å skaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet og styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet.
- Nasjonal overdosestrategi 2019–2022 omfatter flere tiltak for å redusere overdødelighet og gi helhetlige tjenester til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.
- Det utarbeides en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading.
- Autismeutvalget skal gjennomgå og vurdere dagens situasjon for personer med autismeforstyrrelse eller beslektet diagnose og foreslå hvordan man kan forbedre tjenestene til denne gruppen gjennom hele livet.
- Det skal foretas en revisjon av alle tvangshjemler, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget NOU 2019: 14.
- Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhet, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) skal i 2020 legge fram en rapport til Helsedirektoratet om utskrivningsklare i sikkerhetspsykiatrien. Rapporten vil gi kunnskap om pasientene og anbefalinger om tiltak for bedre ivaretagelse av pasientgruppen.
- Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet har gitt anbefalinger om bedre helsetjenester til innsatte i fengsler.¹⁸ SIFER har på oppdrag fra Helsedirektoratet utredet område-

funksjoner for spesialisthelsetjenester til innsette med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.¹⁹

5.7.1 Pasienter med samtidige alvorlige psykiske lidelser, somatisk sykdom og rusmiddelavhengighet

Studier fra Sverige, Finland og Danmark viser at personer som har vært sykehusinnlagt med psykiatrisk diagnose, har 15–20 års kortere forventet levealder enn den øvrige befolkningen.²⁰ Om lag 60 prosent av overdødeligheten kan knyttes til somatiske sykdommer som kan være mulig å forebygge og behandle. Overdødeligheten er høyest hos personer med rusmiddelavhengighet og alvorlig psykisk sykdom.

Et landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP) i 2017–2018 konkluderer med omfattende svikt i tjenestene til denne gruppen både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.²¹ Ett fellestrekk var mangler i kartlegging både av rusmiddelproblemer og somatiske sykdommer. Tilsynsrapportens samlede vurdering sier:

Funnene innebærer risiko for at en rekke pasienter og brukere ikke har fått så virkningsfulle tjenester som de burde, i verste fall med alvorlige følger for deres helse og livssituasjon.

Tjenestene til disse pasientene bør være helhetlige og integrerte, noe som stiller store krav både til kommunene og helseforetakene. Pasienter med ROP-lidelser er en liten, men viktig målgruppe for videre utbygging av ACT- og FACT-team. Bolig er et grunnleggende behov som må dekkes før brukeren kan ta fatt på andre utfordringer. I Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020 er det blant annet vist til modellen Housing first.²² Mange av sviktområdene som Helsetilsynet peker på, er også sentrale i pakkeforløpene. Helsefelleskapene er viktige arenaer for å etablere samarbeid og felles rutiner lokalt for å utvikle helhetlige og integrerte tjenester til disse brukerne/pasientene.

¹⁸ HelseDirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet (2016) Oppfølging av innsette med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

¹⁹ SIFER (2018). Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsette med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

²⁰ Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M m.fl. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011.

²¹ Statens helsetilsyn (2019): Rapportene Et stykke igjen til likeverdige tjenester og Det heng dårlig saman.

Regjeringen vil videreføre arbeidet for å redusere sykkelighet og for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer. HelseDirektoratet vil, på bakgrunn av Helsetilsynets funn og evalueringen av pakkeforløp, vurdere behov for ytterligere tiltak.

5.7.2 Pasienter med autisme, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser

Mange med autismespekterforstyrrelser og psykisk utviklingshemming har høyere forekomst både av somatiske og psykiske lidelser. I tillegg kan reduserte språkferdigheter hos flere i gruppen føre til at det går lengre tid før sykdommer oppdages og behandles. Disse pasientene har behov for tverrfaglig innsats i både utredning og behandling, og det er stort behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale tjenestene. Det er fortsatt utfordringer med mangel på kompetanse på helhetlig utredning og behandling av disse pasientene både i habiliteringstjenesten og i psykisk helsevern. Flere steder er det etablert gode samarbeidsrutiner og tilbud, blant annet ved Akershus universitetssykehus HF.

Boks 5.5 Behandlingslinje ved Akershus universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus HF har etablert en egen behandlingslinje for pasienter med moderat til alvorlig utfordrende atferd og psykisk utviklingshemming. Behandlingslinjen er forankret i Habiliteringstjenesten for voksne. Den sikrer at pasientene får tverrfaglig og tverrmedisinsk utredning og behandling av legespesialist (psykiater og nevrolog), psykologspesialist og fagkonsulenter (vernepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom) med spesialkompetanse. Faglige veiledere for pasientforløpet koordinerer og samarbeider med pasient/nærmeste pårørende/verge, kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt psykisk helsevern og somatiske avdelinger. Alle involverte kliniske avdelinger og støtteavdelinger samarbeider om utredningen.

²² Housing First er en metode for bosetting av bostedsløse med et rusmiddelproblem og/eller psykiske lidelser. Housing First startet som et pionerprosjekt kalt «Pathways to Housing» i New York. I de senere år har metoden fått stor utbredelse og anerkjennelse, også i Europa og Norge. <https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/tjenester-og-bo-oppfolging/housing-first>

5.7.3 Pasienter i sikkerhetspsykiatri

Sikkerhetspsykiatri er et fagfelt som forholder seg til voldelige, alvorlig sinnslidende og/eller seksuelle overgripere som blant annet kan motta behandling på en sikkerhetsavdeling. Pasientene kan være til fare for seg selv og/eller andre. Sikkerhetspsykiatrien skal være en integrert og desentralisert del av den allmenne psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Sikkerhetspsykiatrien skal både gi god pasientbehandling og samtidig sørge for et sikkert samfunnsvern. Pasientene i sikkerhetspsykiatrien er en relativt liten, men ressurskrevende gruppe.

Det kreves høy bemanning og kompetanse for å ivareta pasientene i sikkerhetspsykiatrien. Per november 2019 er 219 personer dømt til tvungen behandling i psykisk helsevern. Av disse behandles 100 poliklinisk (i hovedsak ved DPS), mens 119 behandles i døgnavdelinger, de fleste ved lokale sikkerhetsavdelinger. Fra 2008 til i dag har det vært mellom 13 og 33 nye dommer årlig. I 2017 og 2018 har det vært en økning som blant annet kan ha sammenheng med lovendringer (ny særreaksjon) som trådte i kraft 1. oktober 2016, men forklaringene på variasjon i antall dømte er sammensatte og må følges over tid.

Det er utfordringer med uegnet bygningsmasse flere steder. Det er lokale variasjoner når det gjelder kapasitet, men flere avdelinger melder om underkapasitet. I tillegg rapporteres det om

pasienter som av forskjellige grunner ikke kan skrives ut, eller ikke kan overføres til lavere sikkerhetsnivå.²³ Det er planer om å bygge ut tilbudet flere steder. Likevel kan det være behov for bedre pasientforløp, å styrke tilbudet i spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt å etablere botilbud i kommunene i samarbeid med spesialisthelsetjenesten for pasienter som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinære tjenester. Rapporten Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhet, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) skal legge fram i 2020, er et grunnlag for å vurdere tiltak for bedre ivaretagelse av denne pasientgruppen.

5.7.4 Innsatte i fengsler

Innsatte i fengsler har lik rett til helsetjenester som befolkningen for øvrig. Forekomsten av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer blant innsatte er betydelig høyere enn i befolkningen generelt²⁴ og mange har skader som følge av isolasjon.²⁵ Det er behov for å styrke tilbudet til disse.

I 2019 blir det etablert et nytt, landsomfattende behandlingstilbud i flere fengsler til innsatte som er dømt for seksuallovbrudd (BASIS-prosjektet), i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen. Det er egne rusmestringsenheter for innsatte med rusproblemer ved 17 fengsler. Det er også egne poliklinikker innen psykisk helsevern ved de største fengslene.

Departementet vil gi de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en konkret plan for å etablere en områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for innsatte. En slik områdefunksjon vil medføre at det over tid vil bli stedlig helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB i fengslene. Nasjonal veileder for innsatte i fengsel skal også revideres.

5.7.5 Forebygging av kriser og redusert og skånsom bruk av tvang

Fremover er det nødvendig å forebygge akuttinnleggelses gjennom god samhandling mellom aktørene i akuttkjeden, utvikle en tjeneste som kan ivareta akuttberedskapen og som kan gi helse-

Boks 5.6 Planlegging av botilbud i Skien

Skien kommune og Sykehuset Telemark HF ønsker å samarbeide bedre om en gruppe pasienter som har utfordringer med å bo i ordinære boliger, og i betydelig grad krever tjenester både fra sykehuset og bostedskommunen. Målet er å etablere kommunale boliger for denne pasientgruppen på sykehusets område slik at sykehuset og kommunen kan samarbeide om å utvikle trygge og gode tjenester for hver enkelt pasient. Dermed vil det ligge til rette for at sykehusets tjenester i større grad kan integreres med kommunens oppfølging. Det er også et mål å legge til rette for meningsfylte jobb- og fritidsaktiviteter.

En arbeidsgruppe skal avklare framdrift, dimensjonering av tilbudet og hvor boligene skal bygges. Sykehuset og kommunen skal bli enige om kriterier for å få tilgang til en slik bolig.

²³ Oslo universitetssykehus (2016). Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015, en statusrapport

²⁴ Oslo universitetssykehus (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler (Victoria Cramer)

²⁵ Sivilombudsmannen (2019). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler

Boks 5.7 Åpen dør ut-prosjektet

Prosjektet Åpen dør ut ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo har som mål å redusere bruk av tvang i akutt psykisk helsevern ved å gi pasientene økt frihet. Ved åpen dør prioriteres pasientens frihet og selvbestemmelse. Bevegelsesfrihet synliggjøres ved at døren for inn- og utgang til avdelingen som hovedregel ikke er låst. Helsepersonell trenes i forebygging av tvangsbruk og gjør kontinuerlig vurdering av forsvarligheten av at pasienter har full bevegelsesfrihet. Åpen dør gir pasienter økt mulighet til å forlate situasjoner som kan oppleves invaderende eller provoserende og vil dermed også redusere sannsynligheten for konflikter mellom pasient og helsepersonell. Åpen dør har til hensikt å bygge tillit til helse-tjenesten og motvirke stigmaet om at akutt psykisk helsevern er synonymt med å være innestengt. Lovisenberg Åpen dør ut er planlagt som et femårig klinisk prosjekt i klinikk og forskning. Det legges opp til nært samarbeid med kommunale tjenester og politiet om gjennomføringen av prosjektet.

hjelp der folk lever og ferdes. Dette er omtalt i kapittel 6.

Det er også tverrpolitisk enighet om å redusere tvangsinnleggelse og tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern. De geografiske variasjonene i tvangsbruken er fremdeles store, til tross for en rekke tiltak for riktig og redusert bruk av tvang. HelseDirektoratet utarbeider nasjonale faglige råd for forebygging og skånsom bruk av tvang.

Det har vært gjennomført prosjekter lokalt som viser at bevisst og systematisk arbeid med holdninger, kompetanse og organisering kan bidra til å redusere bruken av tvang. Et eksempel er nasjonalt opplæringsprogram for møte med aggresjonsproblematikk (MAP). Målet er å bidra til bedre individuell behandling og økt sikkerhet og trygghet for pasienter og personell, ved tidlig å gjenkjenne tegn på uro og aggresjon, samt intervenere aktivt med terapeutiske virkemidler. Slik reduseres forekomsten av aggressive og voldelige episoder og bruk av makt og tvang. Holdninger som empati, likeverd og respekt står sentralt. Programmet er et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de fire regionale helseforetakene. Implementeringen starter høsten 2019. Hvordan tilbudet i

psykisk helsevern innrettes er også avgjørende. Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14) viser blant annet til effekt av å endre psykiatriske akut-tavdelinger fra lukkede til åpne avdelinger. Resultatet var betydelig mindre bruk av isolasjon/skjer-ming av pasienter og generell nedgang i bruk av tvungen legemiddelbehandling. Det ble ikke rap-portert om flere uønskede hendelser som følge av endringen.

Intensjonen med å endre fra lukket til åpen psykiatrisk avdeling er å fremme tillit og dialog samtidig som man har nødvendige sikkerhetstil-tak i nødsituasjoner. I Norge ønsker Lovisenberg Diakonale Sykehus å prøve ut en slik modell, kalt Åpen dør ut-prosjektet, jf. boks 5.7. Målet er å redusere bruken av tvang ved å øke pasientenes frihet og tillit.

5.8 Tjenester til barn og unge med psykiske lidelser

5.8.1 Om barn og unge og deres behov

Barn og unge med psykiske plager og lidelser er en sårbar gruppe. Viktige barneår og resten av livs-løpet kan bli preget dersom det ikke settes inn rik-tig hjelp til riktig tid. For barn og unge vil potensia-let for forebygging gjennom tidlig innsats og behandling bidra til mindre helsetap og bedre livs-kvalitet. Barn og unge og deres familier bør derfor raskt få avklart hjelpebehovene og hvem som skal yte hjelpen, og det tverrfaglige tilbudet til barn og unge med alvorlige eller omfattende vansker bør styrkes.

Et godt samarbeid mellom spesialisthelsetje-nesten og kommunene vil bidra til mer samord-nede tjenester for barn og unge. Derfor er barn og unge én av fire pasientgrupper som helsefelles-kapene bør prioritere å utvikle gode tjenester for. Regjeringen har også satt i gang et tverrdeparte-mentalt arbeid som utreder regelverksendringer m.m. for å styrke det tverrfaglige og tverrsektori-elle samarbeidet rundt barn og unge.

Omtalen av barn og unge må ses i sammen-heng med Opptrappingsplan for barn og unges psykisk helse og de øvrige tiltakene i denne mel-dingen og dette kapitlet.

I 2018 fikk 58 600 eller om lag 5,2 prosent av barn og unge under 18 år behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Det er store forskjeller mellom helseforetaksområdene i omfanget av pasienter som var i kontakt med psykisk helse-vern for barn og unge og som var hos avtalespesi-alister. Korrigert for størrelsen på befolkningen ble det behandlet flest pasienter i Helse Nord. De



Figur 5.8 Illustrasjonsfoto

Borgos Foto AS

fleste, 96 prosent, behandles kun poliklinisk, mens noen barn og unge med alvorlige eller omfattende psykiske lidelser behandles i døgnavdelinger. Fra 2013 til 2018 har det vært en økning i andelen som følges opp poliklinisk etter døgnbehandling. I 2017/2018 hadde 67 prosent poliklinisk kontakt 30 dager etter utskrivning. Det har også vært økning i andelen som hadde ny innleggelse innen 30 dager, fra 16 prosent i 2013/2014 til 21 prosent i 2017/2018. Tallet på døgnplasser har over de siste 20 årene holdt seg relativt stabilt i det psykiske helsevernet for barn og unge.²⁶ Fra 2014 til 2018 har omfanget av oppholdsdøgn økt i alle helseregioner.²⁷ Som omtalt

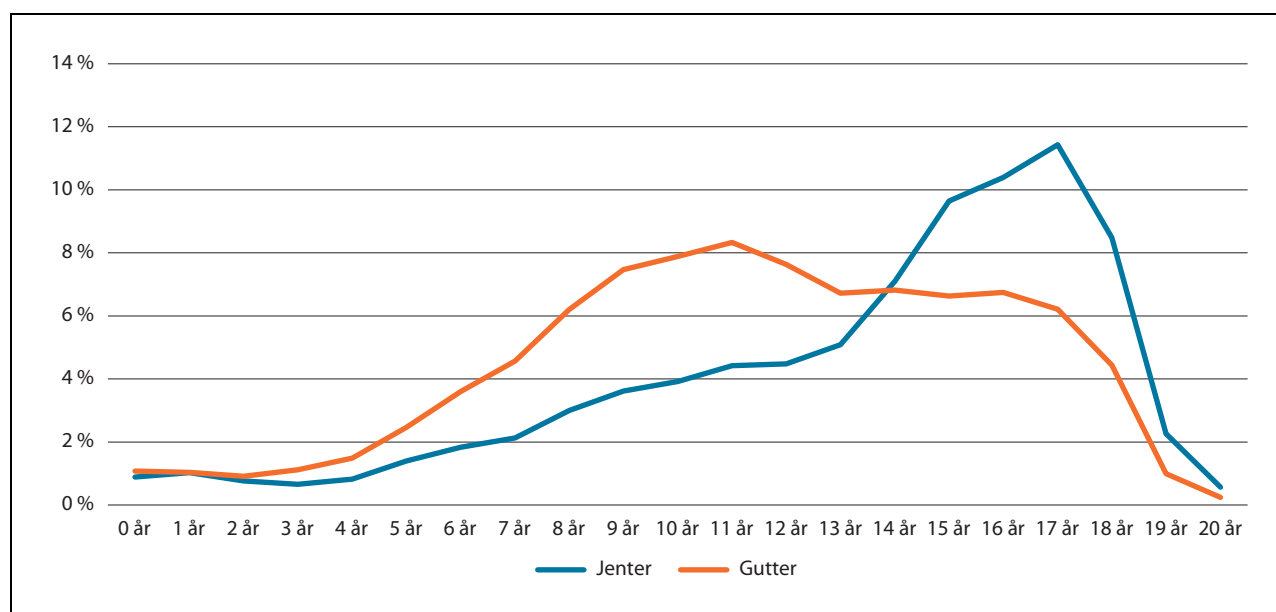
²⁶ Samdata (2019). Døgnplasser i det psykiske helsevernet

under avsnitt 5.4 er det gitt et oppdrag til Helse- direktoratet og de regionale helseforetakene om å utarbeide en analyse av befolkningens framtidige behov for psykiske helsetjenester. Det framtidige behovet for dag- og døgtjenester m.m. for barn og unge vil også inngå i dette arbeidet.

Figur 5.9 viser at gutter har størst bruk av tjenester i barneårene og tidlig ungdom, mens jenter har størst bruk av tjenester i 16–17 års-alderen. For guttene er det en overvekt av gutter som får utredet ADHD eller ulike tilpasningsforstyrrelser, mens for jenter er hovedvekten av pasientene henvist med mistanke om depresjon eller angstlidelse. De siste fem årene har det vært en økning i andelen jenter i alderen 15–17 år som har fått en diagnose etter utredning i psykisk helsevern for barn og unge, fra 5 til 7 prosent. Hoveddelen av denne økningen kan knyttes til en økning i depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. For gutter i samme aldersgruppe holder forekomsten seg mer stabil på 4 prosent. Tendensen er den samme når man ser på hvor mange barn og unge som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske lidelser eller problemer.

Som omtalt innledningsvis, vet vi at det skjer en betydelig fagutvikling på feltet, og mange oppnår gode resultater. En undersøkelse fra Folkehelseinstituttet (FHI) i 2018 viser at selv om det er forbedringsområder, er en stor andel av de foresatte fornøyd med tilbudet ved BUP, særlig når

²⁷ Helse- direktoratet (2019). Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014–2018. SAMDATA spesialisthelsetjenesten.



Figur 5.9 Andel unike pasienter i psykisk helsevern barn og unge etter alder 2017.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF/Norsk Pasientregister

Boks 5.8 Stillasbyggerne

Stillasbyggerne bygger nettverk rundt barn og unge som er under omsorg av barneverntjenesten, og der tidligere oppfølging ikke har fungert. Stillasbyggerne hjelper fem kommunale barneverntjenester og en institusjon på Øvre Romerike med å gi riktig hjelp til riktig tid – til barn som bor i fosterhjem og på institusjoner.

Stillasbyggerne har tre mål:

- Fange opp og følge opp barn og ungdom med psykiske problemer under barneverntjenestens omsorg
- Bidra til at barna i målgruppen har god livskvalitet
- Bidra til at samarbeidet mellom barneverntjenesten og deres samarbeidspartnere blir så bra som mulig.

Stillasbyggerne jobber tett på barneverntjenesten og institusjonsansatte for å øke kvaliteten og lage skreddersydde tiltak rundt barna. Alt arbeid foregår ambulant, også hvis barna bor i fosterhjem på andre kanter av landet.

det gjelder å bli møtt med høflighet og respekt av behandlerne, og om behandlerne har omtanke og omsorg for barnet deres.

Regjeringen har allerede iverksatt flere tiltak for å styrke tjenestene til barn og unge:

- Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) inneholder både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak, og må ses i sammenheng med nasjonal helse- og sykehusplan.
- Likeverdsreformen for barn og familier som har eller venter barn med behov for sammensatte tjenester, berører en rekke samfunnsområder. Et sentralt mål er at barn med behov for sammensatte tjenester og deres familier, skal motta sammenhengende og gode tjenester, og at pårørende skal oppleve ivaretagelse og inkludering.
- Det er utarbeidet egne pakkeforløp for barn og unge og samhandlingsforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet, jf. omtale i boks 5.2.
- DIGI-UNG, Digitale tjenester til barn og unge: Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har, i samarbeid med Barne-, ungdoms- og

familiedirektoratet, satt i gang Digi-ung. Formålet er at barn og unge enkelt skal kunne finne eller få hjelp på ett sted, uavhengig av tematikk.

- Bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet er en felles satsing mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet og er nærmere omtalt i Opptappingsplan barn og unges psykiske helse. Sentrale tiltak er etableringen av barnevernsansvarlig i BUP, helseansvarlig i barnevernet, samarbeidsavtaler, utvikling av samhandlingsforløp mellom barnevern og helsetjenestene og etablering av to institusjoner for barn og unge som har behov for både helsehjelp og/eller spesialisert omsorg utenfor hjemmet. God hjelp som samtidig gir god bruk av samlede ressurser, må bygge på felles forståelse i barnevern, i kommunale helsetjenester og i BUP av hva barna trenger, kunnskap om hverandres kompetanse, oppgaver og muligheter, og en erkjennelse av hva de andre tjenestene trenger for at oppgaven skal kunne løses i fellesskap. Erfaringene viser videre at det er mulig å utrette mye gjennom ambulante tiltak. Et eksempel er «Stillasbyggerne» på Romerike.

5.8.2 utfordringer

De fleste utfordringer og tiltak som er omtalt i dette kapitlet og i kapittel 4, er også sentrale for utvikling av bedre tjenester til barn og unge. Barn og unge er imidlertid i langt større grad avhengig av sine omgivelser enn voksne, og det er ofte enda flere aktører som må samhandle. Foresatte og pårørende har også en viktig rolle. Barn er særlig sårbare for å bli tatt ut av sitt daglige miljø, og behandlingen bør i størst mulig grad gis poliklinisk og ambulant på de arenaene barn og unge er. Det er også behov for å utvikle flere digitale og ambulante tilbud.

Enkelte utsatte barne- og ungdomsgrupper får ikke god nok samordnet hjelp. Dette gjelder for eksempel barn i barnevernet og barn og unge med rusproblemer. Det er også variasjon i tilbudet til enkelte grupper, for eksempel sped- og småbarn. Et fellestrekk er at tjenestene ikke klarer å avdekke behov og gi tilstrekkelig hjelp. Dette gjelder også for barn som har blitt utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt og andre med økt sårbarhet for psykiske vansker og lidelser. Mange har behov for flere hjelpetiltak samtidig. Flere helseregioner har i utviklingsplanene fremhevet behovet for å styrke tilbudet til barn og unge med sammensatte behov. Kommunene vurderer også

tilbudet til barn og unge med alvorlig problematikk som dårligere enn tilbudet til voksne.²⁸

5.8.3 Styrking av samarbeidet rundt inntak

I tråd med Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse og anbefalingene i pakkeforløp for barn og unge, vil regjeringen styrke samarbeidet rundt inntak. Flere steder har kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten etablert samarbeid som bidrar til tidlig dialog og rask avklaring av helsehjelp. Veiledning, inntak ute i kommunene og samkonsultasjoner er eksempler på samarbeidsløsninger som bidrar til å gi riktig hjelp raskere. Andre potensielle gevinster er færre avslag, styrket samhandling, kompetanseoverføring og mer hensiktsmessig bruk av tjenester.

Ansatte i kommunen er ofte i posisjon til å oppdage og følge opp barn som lever i en utsatt, uforutsigbar og vanskelig omsorgssituasjon. Det er ikke sikkert at alle som henvises skal ha behandling i spesialisthelsetjenesten, men spesialisthelsetjenesten må være tilgjengelig for veiledning og samarbeid når det er behov for det. Det kan være praktiske utfordringer ved lange avstander og at avdelinger innen psykisk helsevern for barn og unge kan ha ansvar for mange kommuner. Inter-

kommunalt samarbeid og digitale tjenester kan bøte på disse utfordringene.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag, i samarbeid med KS, brukerorganisasjoner og de regionale helseforetakene, å beskrive og foreslå modeller for bedre samarbeid om avklaring av helsehjelp. De skal vurdere hvordan styringskrav og virkemidler best kan innrettes slik at de stimulerer til mer dialog i henvisningsprosessen. Formålet er å legge til rette for at flere barn og unge raskt får avklart hjelpebehov og hvem som skal yte hjelpen. Regjeringen vil følge opp dette med et oppdrag til de regionale helseforetakene om å innføre bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge basert på Helsedirektoratets anbefalinger.

5.8.4 Tydeligere oppgavedeling og felles ansvar

Regjeringen vil tydeliggjøre oppgavedeling og felles ansvar. I tråd med Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse vil Helsedirektoratet få i oppdrag å utarbeide en nasjonal veileder for barn og unges psykiske helse som tydeliggjør forventningene til samarbeid og samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer. Dette vil også være grunnlag for bedre felles planlegging i helsefelleskapene. Arbeidet med veilederen skal ses i sammenheng med det pågående tverrdepartementale arbeidet som blant annet ser på regelverkendringer og det skal utarbeide en tverrsektoriell veileder om regelverket om samarbeid mellom de som yter velferdstjenester til barn og unge.

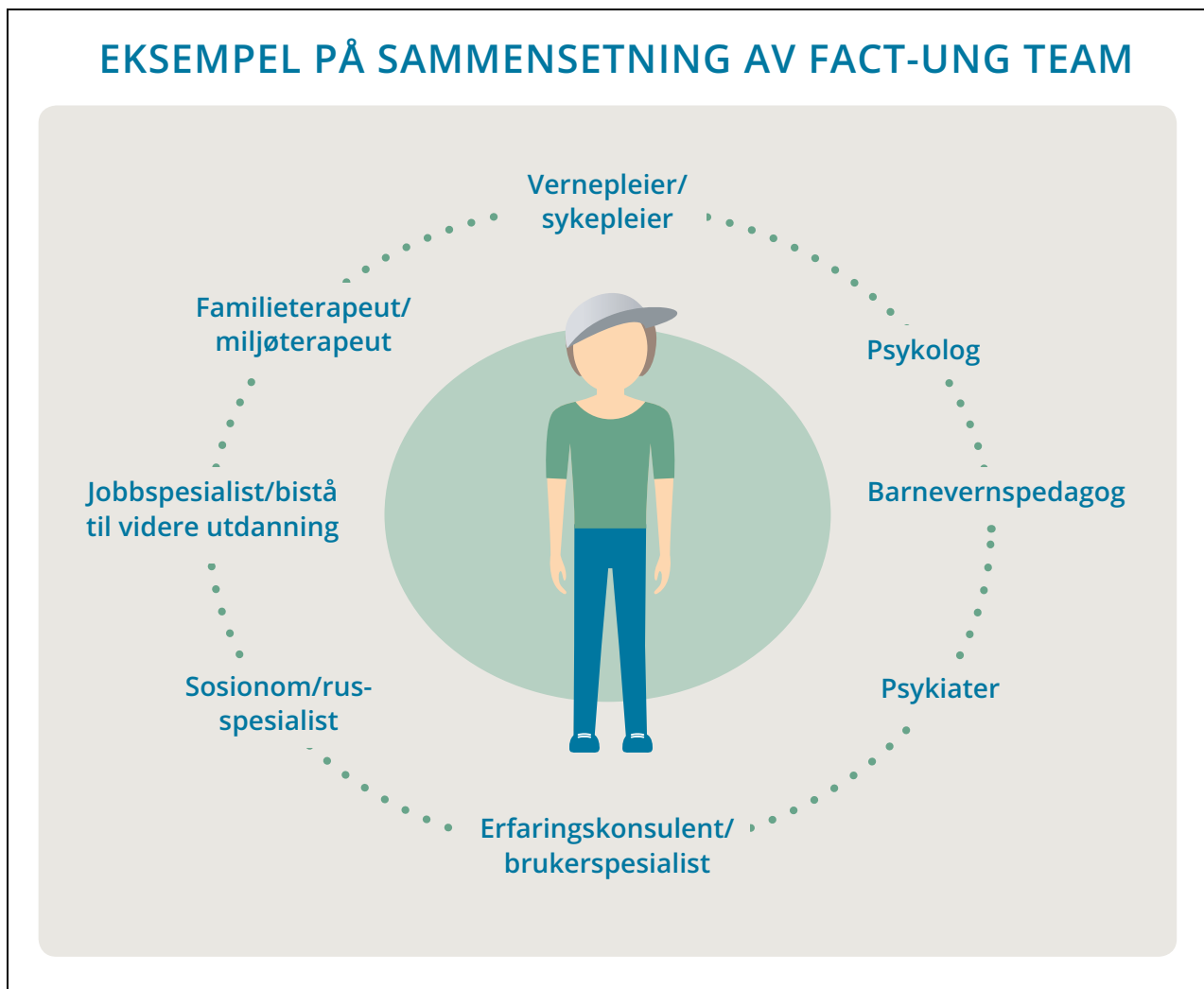
Et godt eksempel på tydeliggjøring av roller og ansvar er prosjektet Barn og unges helsetjeneste, som Helse Fonna HF har gjennomført sammen med 19 kommuner og brukere. Prosjektet har utviklet syv samhandlingsforløp som tydeliggjør ansvars- og oppgavedeling. Samhandlingsforløpene beskriver aktuelle tiltak fra det oppstår en bekymring for et barn eller ungdoms psykiske helse, til det er gjennomført kartlegging og oppfølging i kommunen, og til gjennomført pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsforløpene beskriver de ulike tjenestenes roller i det psykiske helsearbeidet og ansvarsdeling mellom ulike tjenester, eksempelvis beskrivelser av kartlegging og tiltak hos fastlege, helsestasjon og skolehelsetjenesten, psykisk helsetjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barnevern og psykisk helsevern for barn og unge.

Boks 5.9 Eksempler på samarbeidsmodeller

Nord-Trøndelag HF arbeider systematisk med samarbeid rundt henvisning til psykisk helsevern barn og unge. Sammen med kommunene drøftes henvisninger, og videre oppfølging avklares. Det er bare henvisninger man er i tvil om som drøftes. For de som ikke skal behandles i spesialisthelsetjenesten, blir det avklart hvilken hjelp de skal få og videre samarbeid blir planlagt.

En dør inn: Nic Waals Institutt har siden 2018 foretatt inntaket til klinikken ute sammen med bydelene. Ønsket er å sikre at alle får hjelp på rett sted, målet er ingen avslag for barn og unge. Andre gevinster er styrket samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestene og mer effektiv bruk av ressurser.

²⁸ SINTEF (2017). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid



Figur 5.10 FACT UNG

5.8.5 Styrke tilbudet til barn og unge med alvorlige eller langvarige vansker

Det er behov for å styrke tjenestene til utsatte barn og unge og de med samtidige, alvorlige og/eller kroniske sykdommer. Framtidig dimensjonering av kapasiteten, herunder behov for døgnplasser, må skje på grunnlag av analyse og fremskriving av behov, som er omtalt i avsnitt 5.4.

Det er flere gode eksempler på hvordan tjenestene har styrket tilbudet til barn og unge med alvorlige helseutfordringer:

- Prosjekt «Tjenester på tvers» ved Barne- og ungdomssykehuset, Haukeland universitetssjukehus er etablert for å jobbe mer integrert rundt barn og unge med uklare eller komplekse problemer. Det tar ofte for lang tid før diagnose er avklart og riktige tiltak er satt i gang.²⁹ Pasientene får én dør inn til utredning og behandling.

- Front-team Barn ved Oslo universitetssykehus HF gir raskt og intensivt tilbud til barn i alderen 4–14 år med store psykiske helseutfordringer. Teamet har spesialist i front og mulighet til å være hjemme hos familien for å kartlegge, diagnostisere og behandle.
- Akuttenhetene driver den mest inngripende virksomheten i psykisk helsevern for barn og unge, hvor enkelte også er underlagt tvungent psykisk helsevern. Derfor har helseforetakene gjennom Akuttnettverket, utviklet en kvalitetsstandard og 13 av 17 akuttenheter for barn og unge deltar i dette læringsnettverket.

²⁹ I Rambøll-rapporten Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering (2014) fremgår det at det er manglende kompetanse på utredning og behandling av pasienter med utviklingshemming og psykiske lidelser både i habiliteringstjenesten og i psykisk helsevern. Tilsvarende utfordringer er det for alvorlig somatisk syke barn med samtidige psykiske lidelser, jf. prosjekt «Tjenester på tvers» ved Barne- og ungdomssykehuset, Haukeland universitetssykehus.

Boks 5.10 FACT Ung – samhandlingspilot

Bydel Grünerløkka og Lovisenberg Diakonale Sykehus (Nic Waals Institutt) prøver ut tverrfaglig oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam etter modell av FACT Ung:

- Teamet gir et helhetlig tjenestetilbud
- Oppsøkende virksomhet (hjemme eller på barn og unges arena)
- Stor grad av fleksibilitet og tilgjengelighet
- Flerfaglig og tverrfaglig team (helse-, sosialfaglig-, barnevernsfaglig-, familie- og nettverk-, og erfaringskompetanse)
- Psykiater/psykolog er integrert i teamet
- Fokus på mestring og sosial inkludering gjennom aktivitet, arbeid, skole og utdanning

Helsedirektoratet legger til rette for evaluering av implementeringsstøtte i samarbeid med Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, tjenestene og andre sentrale aktører.

Flere steder prøves det ut FACT-ung og andre samarbeidsteam der kommune og spesialisthelsetjeneste sammen behandler og følger opp barn og unge. Forventet effekt er at behandling og oppfølging i større grad vil skje i lokalmiljøet, og barn og ungdom vil oppleve kontinuitet i kontakten. Tverrfaglighet kan bidra til et større repertoar av hjelpetiltak og virkemidler, raskere og riktigere tiltak og økt effektivitet. Viktige målgrupper for FACT-ung kan være barn og unge i barnevernet som har behov for helhetlig oppfølging, unge med risikofyllt bruk av rusmidler, samt andre utsatte barn og unge som må sikres effektiv behandling for å forebygge skjevutvikling og frafall fra skole og sosiale arenaer. Regjeringen vil utrede hvordan tverrfaglige, oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam bør innrettes, implementeres og evalueres, herunder hva som er aktuelle målgrupper for slike team, og hvilken kompetanse de bør ha.

5.9 Rekrutteringsutfordringer

Psykisk helsevern står overfor de samme rekrutteringsutfordringene som helse- og omsorgstjenesten for øvrig, jf. kapittel 9. Tilgangen på psykologer og leger forventes å være relativt god i

Boks 5.11 BUP-prosjektet

Helse Sør-Øst ønsker at barn og unge i psykisk helsevern skal bli møtt av stabil bemanning og høy kompetanse. For å få til dette gjennomfører Helse Sør-Øst RHF flere tiltak samtidig:

- Identifiserer hindringene for å rekruttere kvalifisert personell
- Beregner kompetansebehovet i BUP de neste ti årene
- Understøtter BUP-ledere i felles metodikk for lokalt forbedringsarbeid
- Stimulerer og støtter BUP økonomisk for økt innsats innen forskning, tjenesteutvikling og innovasjon
- Benytter tjenstedesign for å oppnå pasientforløp med gode faglige, tverrfaglige og tverretatlige arbeidsprosesser i BUP
- Bruker simulering, ferdighetstrening og digitale verktøy for å styrke kompetanse og læringsprosesser

Helse Sør-Øst RHF satser på bredt engasjement, åpenhet og delaktighet i prosjektperioden, som vil vare ut 2020.

årene fremover på nasjonalt nivå, mens det vil være mer krevende å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere. Som for tjenesten for øvrig, vil rekrutteringsutfordringene være størst i distriktene. Den mer desentraliserte strukturen i psykisk helsevern kan også, isolert sett, gjøre det mer utfordrende å rekruttere til psykisk helsevern enn til somatikk. Fra 2020 er det lovfestet at kommunene skal ha psykologkompetanse.

Helse Nord RHF omtaler rekrutteringsutfordringene slik i Regional utviklingsplan 2035:

Store avstander og en spredt befolkning gjør at det må etableres mange behandlingssteder for å gi et tilbud der folk bor. Dette medfører at mange fagmiljøer har få ansatte og få spesialister. Rekrutterings og stabiliseringsutfordringen er klart størst i de små fagmiljøene. Dette forsterkes når det stilles nye krav til bruk av spesialiserte behandlingsmetoder og flere oppgaver som krever høyspesialisert kompetanse for at behandlingstilbudet skal være forsvarlig og godt.

Flere helseforetak og regioner gjennomfører særskilte tiltak for å møte rekrutteringsutfordringene. Helse Sør-Øst RHF har tatt initiativ til et eget prosjekt for å rekruttere og beholde fagfolk (BUP-prosjektet), der også ledelse og kvalitetsforbedring er viktig. Dette prosjektet kan gi erfaringer og identifisere tiltak som også kan gjennomføres i de andre helseregionene.

Rekrutteringsutfordringene understreker betydningen av gode analyser av behov for tjenester og fremskrivninger som legger til rette for at sykehus og kommuner kan planlegge en bærekraftig utvikling av tjenestene, jf. avsnitt 5.4

Boks 5.12 Regjeringen vil

- etablere bedre kunnskap om befolkningens fremtidige behov for psykiske helse-tjenester for å avklare kapasitetsbehov og organisering
- at helsefelleskapene bør ha særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- gjennomføre tiltak for å styrke brukermedvirkning og øke kunnskapen om brukernes opplevelser
- legge mer vekt på kvalitet og innhold i tjenesten
- at nye arbeidsformer og metoder skal innføres raskere
- at ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste innføres der det er befolkningsmessig grunnlag for det
- videreutvikle samarbeidet om arbeid og helse
- utrede hvordan avtalespesialistene kan inkluderes i pakkeforløpene
- styrke tilbudet til barn og unge
- styrke tilbudet til brukere med alvorlige og sammensatte behov

6 Akuttmedisinske tjenester

Boks 6.1 Hvor vil vi?

Befolkningen har trygghet for at de får kompetent og rask hjelp når de trenger det ved akutt sykdom og skade, og forstår betydningen av tidlig kontakt med medisinsk nødnummer 113. Befolkningen kan yte enkle livreddende førstehjelpstiltak. De akuttmedisinske tjenestene er en koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. God samhandling forebygger unødvendige akuttinnleggelser. Tjenesten har kompetente og beredte medarbeidere som har fått opplæring og trening i samhandling. Utviklingen av den

akuttmedisinske kjeden er basert på relevant og pålitelig styringsinformasjon. Helseforetak og kommuner prøver ut arbeidsformer som styrker tilbudet til pasientene. Teknologi, nye former for diagnostikk og beslutningsstøtte gir bedre behandlingsforløp, reduserer behovet for ressursinnsats, bidrar til at behandling kan starte før pasienten kommer til sykehus og at unødvendige innleggelser unngås. I akuttmottaket blir pasientene møtt med tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og som sikrer rett behandlingsløp.

6.1 Innledning

Regjeringen vil ha en helse- og omsorgstjeneste som sikrer befolkningen likeverdig tilgang til tjenester ved akutt sykdom og skade. Helsetjenesten skal sammen, uansett ansvarsnivå, sørge for god og forsvarlig helsehjelp til dem som trenger det. Uavhengig av hvor vi befinner oss, skal vi føle trygghet for at vi kan få rask og riktig hjelp. Befolkningsvekst, økende andel eldre og flere mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblem vil påvirke de akuttmedisinske tjenestene. Regjeringens mål er derfor å sikre et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus – som gir tilstrekkelig trygghet og kvalitet.

Regjeringen har gjennomført betydelige tiltak for å styrke de akuttmedisinske tjenestene, blant annet gjennom akuttmedisinforskriften og oppfølgingen av NOU 2015: 17 Først og fremst. Sammen med de regionale helseforetakenes utviklingsplaner og Helsedirektoratets strategiske plan for akuttmedisinske tjenester¹ gir dette et godt grunnlag for å videreutvikle de akuttmedisinske

tjenestene fremover. Regjeringen vil gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 fortsette arbeidet med å styrke kapasitet og kompetanse i de akuttmedisinske tjenestene. Det handler blant annet om å legge til rette for gode pasientforløp i akuttmottakene, sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede utenfor sykehus, fortsette satsingen på førstehjelp i befolkningen og utvikle god styringsinformasjon og bedre kunnskap om tjenesten. Ny teknologi legger til rette for å gi avansert behandling prehospitalt, og kan flytte tjenestene nærmere pasienten.

6.2 Status for akuttmedisinsk beredskap

Norge har en god akuttmedisinsk beredskap. Tall fra OECD viser at norske behandlingsresultater er blant de beste ved akutt hjerteinfarkt og hjerne- slag. Helsepersonell er raskt på plass og gir kvalifisert helsehjelp ved alvorlig sykdom eller skade. Fire av fem pasienter med hjertestans får hjertelungeredning (HLR) før ambulansen kommer, noe som er det høyest rapporterte i verden.² Tall

¹ Utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med fagnettverket for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus hvor blant annet helseregionene, KS og kompetansetjenestene deltar.

² Norsk hjertestansregister. (2019). Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak.

Boks 6.2 Raskest i verden på hjerneslag

Hvert år får om lag 12 000 mennesker hjerne­slag i Norge. Rask behandling er avgjørende for det helsemessige resultatet for dem som rammes. Stavanger universitetssjukehus har gjennom systematisk simuleringstrening redusert mediantiden fra pasienter kommer inn på sykehus til de får trombolyse fra 27 til 13 minutter. Ingen andre sykehus i verden har rapportert kortere mediantid.¹ Teamene trener på å effektivisere hele slagbehandlingskjeden fra pasienten ringer 113, fraktes i ambulanse til akuttmottaket, hvor røntgenundersøkelse gjennomføres og trombolyse gis. Simuleringstreningen handler om de menneskelige faktorene, teamarbeid og kommunikasjon med pasienten og teamet. Systemforbedringer og reduksjon av tidstyver er sentrale i treningen. Tidligere slagpasienter deltar som markører i treningen.

¹ Median er verdien av en variabel som ligger midt i det statistiske materialet. Store norske leksikon.



Figur 6.1 Simuleringstrening ved Stavanger universitetssjukehus

Foto: Bernt-Erik Rossavik

fra Norsk hjertestansregister viser at ambulansen i gjennomsnitt er fremme hos pasienten innen ni minutter ved hjertestans. Det er et godt resultat med Norges utfordrende geografi og bosettingsforhold. Det prehospitalt mulighets- og ansvarsrommet er utvidet og teknologi gir nye muligheter for å gi pasientene raskere og bedre behandling.

Det er de regionale helseforetakene og kommunene som har ansvaret for den akuttmedisinske beredskapen. De akuttmedisinske tjenestene

utenfor sykehus består av kommunal legevaktordning, bil-, båt- og luftambulans og nødmedletjenesten (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktsentraler) samt øvrige kommunale øyeblikkelig hjelp­tjenester.³ Hjemmesykepleien spiller også en viktig rolle, og kan være først fremme når det er behov for akutthjelp. I sykehus omfatter akuttberedskapen somatiske akuttmottak, akutt behandlingstilbud i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, herunder ambulante akutteam og brukerstyrt innleggelse. Andre nød­etater og frivillige organisasjoner spiller også en viktig rolle i akuttberedskapen.

6.3 Oppfølging av NOU 2015: 17 Først og fremst

NOU 2015: 17 Først og fremst ble lagt frem i 2015. Mandatet var å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. Utredningen beskriver blant annet følgende utfordringsbilde:

- lange avstander og krevende geografi
- lite koordinerte beslutningsprosesser mellom helseforetak og kommuner
- interkommunale legevaktsamarbeid gir lengre reisevei til innbyggerne
- kraftig oppdragsvekst i ambulansetjenesten, samtidig som det i noen områder er få oppdrag og utfordringer med å opprettholde kompetansen til de ansatte
- endringer i ambulansetjenesten skaper utrygghet i befolkningen
- operatørbytte i luftambulansetjenesten gjør tjenesten risikoutsatt
- økning i akuttmedisinsk bistand fra brann- og redningsetaten og behov for å avklare rammen rundt akutthjelperfunksjonen
- stadig flere henvendelser fra pasienter med behov for akutt hjelp for psykiske lidelser og rusutfordringer
- store forskjeller i hvordan pasienter møtes og behandles ut fra om de har somatisk eller psykisk sykdom
- mangelfullt kunnskaps- og statistikkgrunnlag

Prop. 1 S (2016–2017) oppsummerer høringsuttalelsene. NOU 2015: 17 Først og fremt er fulgt opp med omfattende tiltak:

- Det er satt i gang pilotprosjekter for bedre samhandling i den akuttmedisinske kjeden og det

³ De regionale helseforetakene har ansvar for AMK-sentra­lene og ambulansetjenesten.

- er presisert at samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal bli et felles planleggingsverktøy for akuttmedisinske tjenester.
- Det er satt i gang pilotprosjekter på legevaktfeltet.
 - Det er utarbeidet forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt. Det er også utviklet andre kvalitetsindikatorer, blant annet for publikums start av hjerte- og lungeredning før ambulansse ankommer og responstid for ambulansetjenesten.
 - Det er utarbeidet forslag til en nasjonal veileder for helsepersonell som arbeider i legevakt og til en nasjonal veileder for akuttgjelpere.
 - Det er satt ned et ekspertutvalg som skal utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten.
 - Kapasitet og basestruktur i luftambulansen er gjennomgått, koordineringen av ambulanshelikoptrene skjer ved en dedikert AMK-sentral i hver region, og det er etablert anestesibemannede legebiler i Grenlandsområdet og Mjøsoområdet.
 - Det er etablert bachelor i paramedisin flere steder.
 - Det er satt i gang en nasjonal førstehjelpsstrategi for livslang læring.
 - Det er etablert et fagnettverk som skal styrke forskning og utviklingsarbeid i akuttmedisin.
 - Den første nasjonale informasjonskampanjen om hjerneslag er gjennomført med gode resultater. Det er lagt frem pakkeforløp for hjerneslag som omfatter prehospitale tjenester.

Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 blir i tillegg akuttutvalgets anbefalinger om å gjennomgå de nasjonale kompetansetjenestene for prehospital akuttmedisin i spesialisthelsetjenesten og regelverket for båtambulansetjenesten, fulgt opp.

Akuttutvalget anbefalte flere tiltak for å gi bedre helsehjelp til mennesker med psykisk sykdom og rusutfordringer, blant annet tiltak for økt tilgjengelighet, bedre kompetanse og samarbeidsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten, legevakt og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Sentrale tiltak som er satt i verk er:

- Det er plikt for kommunene til å opprette øyeblikkelig hjelp døgntilbud for personer med psykiske lidelser og rusavhengighet.
- Pakkeforløp for psykisk helse og rus er innført.
- Det er lagt frem en opptrappingsplan for rusfeltet som gir føringer for akutte tjenester for rusavhengighet.

- Det er lagt frem en ny nasjonal overdosestrategi (2019–2022) som skal forsterke innsatsen mot overdosedødsfall.
- Det blir også lagt frem en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading.
- Det er etablert samarbeid og kompetansehevende tiltak en rekke steder, blant annet mellom ambulante akutteam i psykisk helsevern, legevakt og AMK.

6.4 En sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede

6.4.1 Innledning

Sentralisering av sykehusfunksjoner, samling av spesialiserte akutttilbud ved færre sykehus, større legevaktdistrikter og færre og større ambulansestasjoner har vært nødvendig for å sikre kvalitet og kompetanse i alle ledd i den akuttmedisinske kjeden. Det kan samtidig gi utfordringer med å sikre tilstrekkelig nærhet til de akuttmedisinske tjenestene.⁴ Akuttmedisinforskriften slår fast at kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Det betyr at helseforetak og kommuner må samarbeide om lokalisering av legevaktstasjoner, ambulansestasjoner mv. for å sikre tilgjengelige tjenester for befolkningen og for at tjenestene dimensjoneres for å møte utviklingen i det øvrige tilbudet. Flere helseforetak og kommuner har utviklet et godt samarbeid om de akuttmedisinske tjenestene, men fortsatt kan samhandlingen bli bedre. Regjeringen vil derfor at helseforetakene, i samarbeid med kommunene i helsefelleskapene, gjennomgår de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i neste utviklingsplan.

For å kunne understøtte utviklingen av en helhetlig akuttkjede, er det behov for å utvikle styringsinformasjon og sammenliknbare data. Helseinspektoratet har utarbeidet en strategisk plan for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som skal bidra til dette. Andre satsingsområder i strategien er å styrke kompetanse, samarbeid og samhandling og utvikling av tjenester som gir god kvalitet og bedre ressursutnyttelse i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Pasientgrupper som ikke får et godt nok tilbud i dag på grunn av psykisk sykdom og rusrelaterte lidelser, inngår i strategisk plan. Strategien er veiledende og er et

⁴ Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

Boks 6.3 Akuttkjede-prosjektet i Telemark

Akuttkjede-prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark HF og alle kommunene i fylket. Målet er Norges beste akuttkjede. Prosjektet startet i 2016 med en bred kartlegging av nåsituasjonen. Hovederkjennelsen etter kartleggingen var at leddene i akuttkjeden ikke hadde god nok tillit til og respekt for hverandre, og pasientene opplevde forløpet som lite sammenhengende. Prosjektet har derfor lagt vekt på bred involvering og likeverdighet mellom ulike fag og forvaltningsnivåer. Det er utviklet flere praktiske samhandlingsverktøy for å hjelpe alle involverte til å få en bedre tillit og annerkjennelse av hverandre, til pasientens beste. Alle 16 kommuner i Telemark ønsker å benytte samhandlingsverktøyene og har gjennomført opplæring. Som ledd i prosjektet er det delt ut akuttsekker til ansatte i hjemmesykepleien, slik at de skal være bedre rustet ved akutte situasjoner, og som har vist å være av stor verdi.

viktig tiltak som skal understøtte arbeidet med å utvikle tjenestene i kommuner og helseforetak.

6.4.2 Medisinsk nødmeldtjeneste og samarbeid med andre nødetater

Medisinsk nødmeldtjeneste er en nøkkelressurs i den akuttmedisinske beredskapen. Veksten i antall henvendelser til nødnumrene 116 117 og 113 har vært høyere enn befolkningsveksten, og AMK- og legevaktsentralene har stor betydning for riktig ressursbruk når de utalmerer akuttmedisinske ressurser som for eksempel ambulanse, legebil, luftambulanse, legevakt eller annet helsepersonell.

Et godt samarbeid mellom nødetatene og andre beredskapsaktører er nødvendig i mange situasjoner hvor befolkningen trenger akuttmedisinsk hjelp. I tillegg til medisinsk nødmeldtjeneste, består nødmeldingstjenesten av politiets operasjonssentraler og det kommunale brann- og redningsvesenets operasjonssentraler. I Bodø er de tre nødetatene samlokalisert, og det er satt i gang følgeforskning. Det er etablert arenaer for samarbeid mellom nødetatene helse, politi og brann om blant annet om utvikling av kompetanse og teknologi.

Nød-SMS er en tjeneste for tekstbasert kommunikasjon mellom personer i en nødsituasjon og nødmeldesentralene, og som er utviklet for døve, hørselshemmede og talehemmede.

6.4.3 Bil- og båtambulansen

Norge har en desentralisert ambulansstruktur med en godt utbygget ambulansetjeneste sammenliknet med andre land. Bil- og båtambulansen spiller en viktig rolle i å sikre befolkningen tilgang til akuttmedisinske tjenester, og utfører om lag 97 prosent av alle ambulanseoppdrag. Selv om det har vært en betydelig aktivitetsvekst i ambulansetjenesten, er det ambulansestasjoner i spredt bebygde strøk med stagnasjon eller reduksjon i antall oppdrag. Å forskriftsfeste responstider, som enkelte tar til orde for, vil innebære utfordringer med å rekruttere, opprettholde kompetanse og tilfredsstillende kvalitet på ambulansetjenester som allerede i dag har svært få oppdrag. Bruk av ambulanspersonell til andre relevante helsetjenesteoppgaver i lokalsamfunnet kan gjøre det mulig å opprettholde ambulanseberedskap der det ellers ikke er volummessig grunnlag for det. Prosjekter som Rørosprosjektet (boks 6.4) er interessante og bør evalueres.

Responstid for ambulansetjenesten er en nasjonal kvalitetsindikator. Kunnskap om responstid er viktig for planleggingen av ambulanseberedskapen og Helsedirektoratet gjennomgår indikatoren og datagrunnlaget. Det viktigste ved akutte hendelser er å få kompetent hjelp fram til pasienten, uavhengig av om det er ambulansetjeneste eller annen helsehjelp. Det er derfor behov for å utvikle flere indikatorer som gir bedre innsikt i og effekt av helsehjelpen som gis. Helsedirektoratet vil vurdere om det, ved siden av responstider for ambulansetjenesten, skal innføres flere kvalitetsindikatorer for den akuttmedisinske kjeden.

Båtambulansen er et egnet og nødvendig transportmiddel, særlig i Nord-Norge. Båtambulansetjenesten blir benyttet i kombinasjon med andre funksjoner, som legevakt og syketransport. Tjenesten er blant annet regulert av akuttmedisinforskriften og forskrift om ambulansébåttjenesten. Det er behov for en gjennomgang av disse forskriftene og å forenkle regelverket, jf. avsnitt 6.3.

Personellet i ambulansetjenesten ønsker å få tilbakemelding om hvordan det har gått med pasienter de har behandlet, for å lære av situasjonen. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i juni 2019 et forslag på høring om å forenkle tilgangen til opplysninger om hvordan det har gått med en



Figur 6.2 Stadig mer utredning og behandling skjer i ambulansetjenesten

Illustrasjonsfoto fra St. Olavs hospital HF, Borgos foto AS

pasient man har behandlet. Det enkelte helseforetak må legge til rette for at personellet gis relevante og nødvendige opplysninger innenfor lovens rammer.

Det er etablert bachelorutdanning i paramedisin, og flere utdanningsinstitusjoner har dette tilbudet. Tall fra samordnet opptak i 2019 viser at antall søkere per studieplass er blant de høyeste for alle universitets- og høyskolestudier. Kunnskapsdepartementet har inkludert utdanningen i RETHOS (se kapittel 9) og sendt utkast til forskrift om nasjonal retningslinje for paramedisinutdanning på høring. Forskriften skal etter planen tre i kraft 1. juli 2020.

Arbeidstilsynet har i 2018 og 2019 gjennomført et landsomfattende tilsyn med ambulansetjenesten. Tilsynet har avdekket at ansatte i ambulansetjenesten utsettes for flere risikoforhold i arbeidet, som blant annet tunge løft, smittefare, vold og trusler og uheldige psykiske belastninger. Helseregionene og helseforetakene har utviklet tiltaksplaner og forbedringsarbeidet pågår lokalt og regionalt for å lukke avvik.

Boks 6.4 Rørosprosjektet – bedre akuttberedskap og helsehjelp lokalt

Rørosprosjektet er et samarbeid mellom St. Olavs hospital HF og Røros kommune og er inspirert av et konsept kalt «Mobile Integrated Health Care», der strategien er at flere helse-tjenester leveres i fellesskap av kommunen og helseforetaket. Innovasjonen i modellen er utvikling av tjenester for innbyggere og pasienter, nye samarbeidsarenaer og samarbeidsformer mellom helsepersonell, og samarbeid for kompetanseutvikling for helsepersonellet. Bedre ressursutnyttelse er sentralt. Alt for å styrke det samlede helsetjenestetilbudet i området. Det prøves også ut teknologi (mobil prøvetaking, videoløsninger mv.). Formålet er:

- at barrierer mellom sektorer og forvaltningsnivå fjernes eller reduseres. Fastleger, legevakt, andre kommunale helseressurser og ambulansetjeneste utgjør en komplementær, kompetent, påregnelig ressurs for beredskap og helsehjelp i lokalsamfunnet.
- at helseforetak og kommune samarbeider om lokal akuttberedskap, og bruk av ambulansetjeneste til andre relevante helsetjenesteoppgaver i lokalsamfunnet.
- at personell i akuttberedskap med lav forekomst av akuttoppdrag utnytter ledig tid til å ivareta deler av kommunens og helseforetakets forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunen.

6.4.4 Luftambulansetjenesten

Med Norges geografi og bosettingsmønster, er luftambulansetjenesten avgjørende for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt sykdom eller skade. Luftambulansetjenesten skal bidra til et likeverdig helsetjenestetilbud, og er nødvendig for at pasientene skal få et moderne behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander selv om det er lang vei til sykehus. Helseregionene har gjennomgått basestrukturen for luftambulansen, som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Gjennomgangen viser at befolkningen er godt dekket av ambulanshelikopter. Om lag 98 prosent av befolkningen nås av legebemannet helikopter innen 45 minutter (målet er 90 prosent). Det er enkelte befolkningsrike områder som ikke nås av legebemannet helikopter innen

anbefalt tid, og utfordringen synes å være størst i østre del av Hedmark. Det anbefales at det på sikt bør opprettes en ambulanshelikopterbase i Innlandet, men at beslutningen om når og hvor ikke bør gjøres før sykehusstruktur og funksjonsfordeling i Innlandet endelig er vedtatt. Det er i 2019 bevilget 10,2 millioner kroner til å etablere anestesibemannet legebil i Mjøsområdet og i Grenlandsområdet for å styrke akuttberedskapen. Disse blir satt i drift høsten 2019. For å sikre bedre organisering, koordinering, bedre fordeling av oppdrag og styring av ressursene, skjer all koordinering av ambulanshelikoptrene ved en fast AMK-sentral i hver helseregion.

Den operative delen av tjenesten (drift av helikoptre og fly) har siden 1988 blitt anskaffet gjennom offentlige anbudskonkurranser. Luftambulansetjenesten HF, eid av de fire regionale helseforetakene, inngår kontrakter med private selskaper om fly- og helikoptertjenestene etter ordinære anbudprosesser. Etter offentlig anbudskonkurranse ble det i juli 2019 gjennomført et operatørbytte i ambulanseflytjenesten. Babcock Scandinavian Air Ambulance AS (Babcock) overtok flybasene og den flyoperative driften, og med det beredskapsansvaret for ambulanseflytjenesten. I forbindelse med operatørbyttet oppsto det utfordringer i beredskapssituasjonen, særlig i Nord-Norge. En ekspertgruppe skal utrede modeller for fremtidig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten. Ekspertgruppen skal beskrive utvikling og status, utfordringer med dagens organisering, gjennomgå erfaringer med operatørbytte og beskrive modeller for fremtidig drift. Ekspertgruppen skal sikre bred involvering i arbeidet og levere sin rapport innen utgangen av 2020.

Etter avtale med Justis- og beredskapsdepartementet kan redningshelikoptrene brukes til luftambulansoppdrag dersom ikke søk- eller redningsoppdrag må prioriteres foran.

6.4.5 Øyeblikkelig hjelptilbudet i kommunene

Et godt akuttmedisinsk tilbud lokalt er viktig for befolkningens trygghet. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet beskriver utfordringer i legevakttjenesten knyttet til rekruttering, kompetanse, utstyr, organisering og tilgjengelighet, og peker på fremtidige bærekraftutfordringer i tjenesten. Både Meld. St. 26 og NOU 2015: 17 pekte på behov for å utnytte kommunenes ressurser på en bedre og mer fleksibel måte, basert på et bredere lokalt samarbeid, eventuelt også med spesi-

alisthelsetjenesten, frivillige mv. Det er derfor nødvendig å tenke mer innovativt rundt legevakttjenesten og kommunal/lokal øyeblikkelig hjelpberedskap. Helsedirektoratet har forberedt et pilotprosjekt på legevaktfeltet for å prøve ut nye måter å organisere akuttmedisinske tjenester lokalt. To utvidete legevaktdistrikter i Sogn og Fjordane og Romsdalsregionen deltar i piloten. Formålet er å prøve ut en modell som kan bidra til å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap med bedre tilgjengelighet for innbyggere i distriktene og redusert behov for leger i vakt. Pilotprosjektet skal pågå i tre år og følges gjennom evaluering.

Det er utarbeidet forslag til en nasjonal veileder for legevakttjenesten samt forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt som kan inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett. Utkastet til veileder og kvalitetsmål ble sendt på høring i juni 2019. Det tas sikte på at veilederen gjøres gjeldende fra 1. januar 2020.

Helsedirektoratet fikk i 2017 i oppdrag å beskrive lokal- og distriktmedisinske sentres (LMS/DMS) omfang og innhold og deres rolle i den akuttmedisinske beredskapen. Gjennomgangen viser at de er forskjellige og har ulike funksjoner, også når det gjelder akuttmedisinsk beredskap. For å bedre samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden, prøves det ut en modell ved Valdres lokalmedisinske senter med anestesileger i beredskap i enkelte perioder. Kompetansen hos fastleger, sykepleiere på legevakt, ambulanspersonell m.fl. styrkes gjennom felles opplæring og samtrening. En foreløpig evaluering viser gode resultater, blant annet at flere pasienter får nødvendig hjelp på Valdres lokalmedisinske senter i stedet for å bli lagt inn på sykehus.

Tiltak for å styrke legevakttjenesten må ses i sammenheng med å styrke kapasitet og kompetanse i fastlegeordningen. Både legevakt- og fastlegearbeid er allmennmedisinsk legearbeid, og fastleger har plikt til å delta i legevakt i henhold til fastlegeforskriften. Stor vaktbelastning anses samtidig å være blant de viktigste hindringene for å rekruttere fastleger. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med en handlingsplan for allmennlegetjenesten som blant annet vil omtale legevakttjenesten, og som vil legges frem våren 2020.

Akuttmedisinforskriften er nylig gjennomgått, og et forslag til endringer på legevaktområdet er sendt på høring med frist november 2019. Da forskriften ble fastsatt i 2015, ble det for første gang stilt spesifikke krav til minimumskompetanse for å kunne ha legevakt alene uten kvalifisert

Boks 6.5 Pilot legevakt

Pilot legevakt er en modell som består av tre nivåer; 1) en forsterket legevaktstasjon (fysisk legevakt med minimum lege og sykepleier til stede) fortrinnsvis samlokalisert med en hovedlegevaktsentral for mottak av telefonhenvendelser (knutepunkt for legevaktsentralene i distriktet som også har en administrativ funksjon), 2) legevaktstasjoner eller fysiske legevakter som i dag og 3) såkalte legevaktsatellitter, bemannet med for eksempel sykepleier eller ambulansarbeider, lokalisert i områder med spredt bosetting i ytterkanter av legevaktdistriktet. En lege skal være tilgjengelig i legevaktsentralen for avklaringer hele døgnet, og kan være beslutningsstøtte for annet helsepersonell i de deltakende kommunene, blant annet i legevaktsatellittene, og telefonbakvakt for andre leger i distriktet. Det vil være mulighet for videokonsultasjon mellom legen i legevaktsentralen og helsepersonell/pasient i legevaktsatellittene.

Boks 6.6 Utviklingen i øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold har økt gradvis fra 2012. Helsedirektoratets rapport Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud (2018) viser at omfanget av innleggelser for kommunalt døgnopphold var om lag 40 000 i 2018, en økning på ni prosent fra 2017, mens antall liggedager var tilnærmet stabilt. Samtidig er beleggsprosenten på øyeblikkelig hjelpenhetene relativt lav, beregnet til om lag 40 prosent i 2018. De fleste pasientene som ble innlagt, var 67 år eller eldre. Som en følge av at plikten til å ha døgntilbud fra 2017 ble utvidet til også å omfatte personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer, økte andelen innlagte i alderen 18–49 år fra 2017 til 2018. De tre vanligste årsakene til innleggelser er sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, sykdommer i luftveiene og allmenn- og uspesifikk tilstand. 398 kommuner rapporterte data i 2018. Analysene viser at bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold fortsatt varierer betydelig mellom kommunene.

bakvakt. Det har vist seg at enkelte av kompetansekravene vanskelig kan la seg gjennomføre i den kommunale legevaktstjenesten. I høringsforslaget foreslås det derfor blant annet å oppheve den generelle utrykningsplikten for bakvakt for å gi kommunene større fleksibilitet i organiseringen av legevakttilbudet.

6.5 Sammen redder vi liv – førstehjelp i befolkningen

Publikum er en viktig ressurs som kan redde liv i akutte situasjoner. Helsedirektoratet fikk i 2017 i oppdrag å utvikle en nasjonal førstehjelpsstrategi for livslang læring. Den nasjonale strategien Sammen redder vi liv handler om tidskritiske tilstander som hjerneslag, hjerteinfarkt, alvorlige skader og hjertestans. Målet er at hele befolkningen skal gjenkjenne tegn på disse tilstandene, sørge for tidlig varsling til medisinsk nødnummer 113 og kunne yte enkle livreddende førstehjelps tiltak. Strategien skal bidra til livslang læring ved å gi befolkningen små doser av førstehjelpsopplæring hele livet. Dugnaden har etablert et unikt samarbeid mellom helsemyndigheter, helsetjenesten, ideelle og frivillige organisasjoner, pasi-

ent- og brukerorganisasjoner og kommersielle aktører. Gjensidigestiftelsen har bevilget om lag 65 millioner kroner til dugnaden og gjennom det muliggjort en rekke delprosjekter. Hovedsatsingsområdene i dugnaden er å:

- mobilisere befolkningen som akuttmedisinsk ressurs
- supplere publikumsinnsats med akutthjelpere fra politi, brannvesen og frivillige organisasjoner som Røde kors, Norsk folkehjelp og Redningsselskapet
- optimalisere AMK-funksjonen (medisinsk nødnummer 113)

Den nasjonale førstehjelpsdugnaden har vart i snart tre år. Et mål for dugnaden er at den skal gå over i varige strukturer. Helsedirektoratet skal i samarbeid med tjenesten og dugnadens aktører, gjennomføre tiltak som ivaretar dette målet.

Akutthjelpere

I områder med store avstander tar det lengre tid før ambulanse eller annen helsehjelp kan ta

Boks 6.7 Sammen redder vi liv – noen av delprosjektene

- Henry – førstehjelp for barnehagebarn er distribuert av Røde Kors til mer enn 3 000 barnehager. Det er bevilget midler til undervisningsmateriell til ytterligere 2 000 barnehager.
- Førstehjelp i grunnskolen er under utrulling, 45 kommuner i 13 fylker er i gang. Undervisningsmateriell er gratis tilgjengelig for elever og lærere gjennom læringsplattformen TV2 Elevkanalen. Materialet er oversatt til fire språk. Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke har innledet samarbeid med Oslo-Met og Høgskulen på Vestlandet om opplæring av lærerstudenter i livreddende førstehjelp.
- En egen app, Hjelp 113, er tatt i bruk av mer enn 1,5 millioner innbyggere. Stiftelsen Norsk Luftambulanses app gjør at AMK-sentralene nøyaktig kan fastslå innringers posisjon og gi informasjon om hvor nærmeste hjertestarter er.
- Sammen med Statens vegvesen er det utviklet en ny og innovativ modell for førstehjelpsopplæring i trafikalt grunnkurs.
- Det er utviklet et eget konsept for førstehjelpsopplæring til eldre. Det gis opplæring i eldresentre og i lokallagene til Norske Kvinners Sanitetsforening.
- Frivillige akuttgjelpere fra Norsk folkehjelp, Røde Kors og Redningsselskapet er prøvd ut i Stavanger, Tromsø og Vestfold/Telemark. Innen årsskiftet er Innlandet med.
- Det er gjennomført prosjekt for tidlig identifisering av hjertestans ved medisinsk nødtelefon 113 ved alle AMK-sentralene. Det har bidratt til å korte ned tiden for AMK-operatørens gjenkjennelse av tegn på hjertestans.



Figur 6.3 Henry – førstehjelp for barnehagebarn

Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

hånd om pasienten. Akutthjelpere er en viktig ressurs som kan starte livreddende førstehjelp før ambulansen kommer. Akuttmedisinfor skrifter slår fast at kommunene og de regionale helseforetakene kan inngå avtale om bistand fra akutthjelpere, som del av sin akuttmedisinske beredskap. Slike akutthjelpere kan være medlemmer av frivillige organisasjoner eller kommunalt brannvesen. Bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring. Det er behov for å tydeliggjøre rammene rundt akutthjelperfunksjonen. Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder for akutthjelpere som ble sendt på høring sommeren 2019.

6.6 Nasjonale kompetansemiljøer

Det er etablert flere nasjonale kompetansemiljøer for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Som oppfølging av en gjennomgang av alle nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten, får Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomgå de nasjonale kompetansemiljøene innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin i spesialisthelsetjenesten. Det omfatter Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin, Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap, Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi og Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin.⁵ Formålet er å gi en faglig vurdering av om dagens organisering og samordning er hensiktsmessig og eventuelt foreslå ytterligere samordning, endret oppgavedeling eller organisering av kompetansemiljøene.

6.7 Mer utredning og behandling skjer i akuttmottakene

Antall pasienter med behov for akuttmedisinske innleggelser har vært stigende. Av døgnoppholdene i somatiske sykehus er over 70 prosent øyeblikkelig hjelp. Stadig mer av utredning og behandling skjer i akuttmottaket og i tilknytning til en observasjonsenhet. Gode forløp for pasienter med akutte tilstander kan ha stor betydning for kvalitet i pasientbehandlingen og ressursbruk i

Boks 6.8 Helsegruppen på Skrova – trygghet for befolkningen

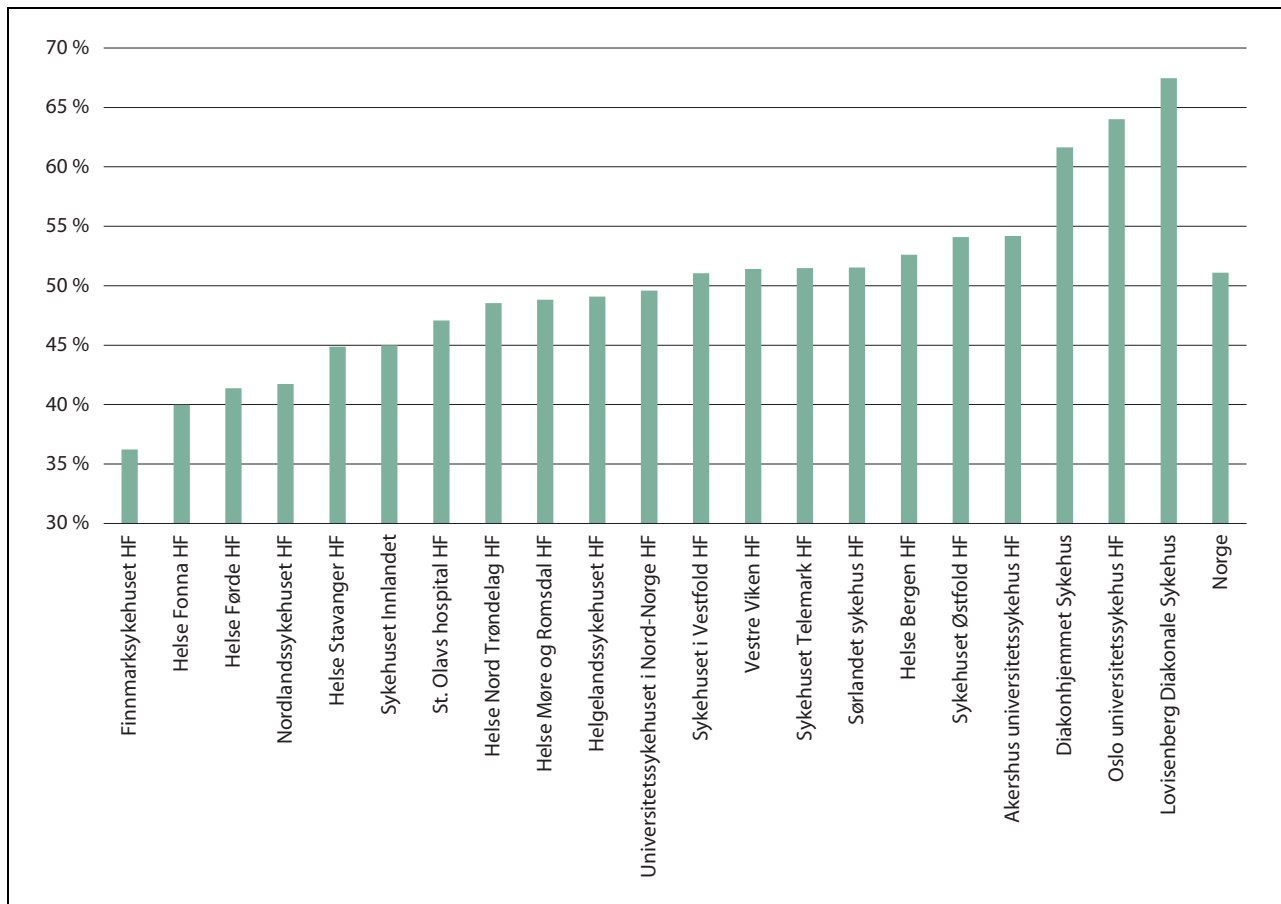
Noen steder kan det ta tid før helsepersonellet er på plass ved akutt sykdom og skade, som på øysamfunnet Skrova i Nordland. I 2007 ble Skrova helsegruppe etablert. Den består av menn og kvinner fra Skrova, og helsegruppen disponerer blant annet hjertestarter og en bårebil de kan bruke til skyss av pasienter fra bopel til ambulansébåt. Nordlandssykehuset gjennomfører trening i hjerte-lungeredning sammen med helsegruppen. I tillegg deltar mannskapet på redningsskøyta som er stasjonert i Svolvær. Helsegruppen er en viktig ressurs som kan starte livreddende førstehjelp før den profesjonelle helsehjelpen kommer.

tjenesten. Det finnes veldefinerte forløp for pasientgrupper ved mistanke om hjerneslag, hjerteinfarkt og alvorlige skader. For pasienter med sammensatte problemstillinger, som eldre med akutt funksjonssvikt og akutte forvirringstilstander, er situasjonen mer utfordrende. Et overordnet mål bør være at pasientene blir møtt med tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og sikre rett behandlingsløp. Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin forventes å bidra til at pasientene i enda større grad blir raskt diagnostisert og henviset til riktig forløp eller ferdigbehandles i akuttmottakene. De første spesialistene er godkjent. Helsedirektoratet har gjort enkelte endringer i innsatsstyrt finansiering i 2018 og 2019 for å understøtte utviklingen fra innleggelse til økt poliklinisk behandling.

Figur 6.4 illustrerer andelen øyeblikkelig hjelp-episoder der pasienten er utredet, behandlet og skrevet ut samme dag, for et utvalg av tilstander. I gjennomsnitt håndteres om lag 50 prosent av episodene uten at pasienten overnatter på sykehuset. Figuren viser også at det er variasjon mellom opptaksområder i hvor stor andel som blir avklart samme dag. Dette kan dels skyldes ulikheter i kommunale tilbud, organisering av akuttmottakene og forskjeller i pasientsammensetning.

Landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis (blodforgiftning), viser at det er utfordringer knyttet til ledelse og organisering av akuttmottak. Utviklingen mot at mer utredning og behandling skjer i akuttmottaket, stiller nye krav til ledelse,

⁵ CBRNE: C – Chemical, B – Biological, R – Radioactive, N – Nuclear og E – Explosives.



Figur 6.4 Andel avklart samme dag for pasienter bosatt i ulike opptaksområder i 2017

Tallene omfatter episoder (dagopphold, døgnopphold og polikliniske konsultasjoner) som er klassifisert som øyeblikkelig hjelp og er klassifisert i DAECA (Directory for ambulant emergency care for adults). DAECA er en klassifisering som kan brukes til å estimere potensialet for håndtering av ulike akutte tilstander uten innleggelse. Det omfatter om lag 40 prosent av alle øyeblikkelig hjelp-episoder. Opphold som krysser døgnskillet, men med varighet under 12 timer, er inkludert i avklart samme dag.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

organisering, kompetanse og bemanning. Det er også behov for styringsinformasjon som kan understøtte ønsket utvikling av akuttmottakene. Helseregionene vil få i oppdrag å gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene. Nødvendige tiltak skal inngå i neste utviklingsplan for helseforetakene. Helsedirektoratet skal vurdere hvilken styringsinformasjon som vil være egnet til å understøtte utvikling av akuttmottakene, og legge til rette for at denne styringsinformasjonen gjøres tilgjengelig. Helsedirektoratet skal også revidere den nåværende veilederen Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak fra 2014.

Akuttilbudet i psykisk helsevern består av sentraliserte akuttavdelinger og desentraliserte akutt- og krisetjenester ved DPS. De fleste DPS har etablert brukerstyrte innleggelse og ambulante akutteam for å komme tidlig til ved kriser. Helsedirektoratet anbefaler at fastlege, legevakt

og andre tjenester på en enkel og rask måte bør kunne kontakte DPS og det ambulante akutteamet, for rådføring og eventuelt henvisning. Akutte rusmiddelforgiftninger overvåkes ofte i somatiske akuttmottak, mens rusutløste psykoser som regel behandles i psykisk helsevern. Noen helseforetak har opprettet rusakuttenheter, og en del pasienter videreføres til avrusingsenheter eller andre aktuelle avdelinger etter at den akutte situasjonen er avklart. Mange pasienter har behov for ytterligere behandling i etterkant av akuttinnleggelsene. Dette er tydeliggjort i pakkeforløp for psykisk helse og rus, hvor pakkeforløpene kan starte enten etter akuttinnleggelse eller ved henvisning.

Gode samhandlingsmodeller mellom somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil kunne fange opp flere pasienter og bidra til at flere får relevant helhetlig behandling og oppfølging.

6.8 Nye muligheter i den akuttmedisinske kjeden

Mulighetene for å gi avansert behandling blir stadig bedre som følge av ny og bedre teknologi. Livreddende, spesialisert behandling kan starte allerede i ambulansen, gjennom bruk av hurtiganalyser, EKG, ultralyd, CT, videokonsultasjon og telekommunikasjon. Sykehuset Innlandet HF prøver ut videokonsultasjon mellom lege og ambulanspersonell. Ved hjelp av et hodekamera kan ambulansarbeidere koble seg opp til lege på sykehuset, og få råd om hva slags behandling pasienten trenger. Bruk av video kan gi raskere diagnostisering, raskere og riktig behandling, mindre unødvendig diagnostisering av pasienter på akuttmottak og mindre unødvendig transport til sykehusene. Det kan i fremtiden bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten, ved at ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste kan ha videokontakt med lege på sykehuset. Nødnett og bruk av annen teknologi som video, helseapper mv. kan bidra til å sikre tilgang til samisk språk og personell som kan samisk. Sykehuset Østfold HF har prøvd ut slagambulanse utstyrt med CT-skanner, hvor personellet kan diagnostisere hjerneslag og behandling kan gis raskere. Prosjektet avsluttes i 2019 og en forskningsbasert evaluering skal foreligge i 2020. Beslutningsforum har sagt ja til prehospital CT for bruk i kliniske studier. Det er generelt behov for forskningsbasert utvikling og evaluering ved bruk av teknologi i akuttmedisin.

Spesialisthelsetjenesten skal modernisere AMK-sentralene til å bli mer fremtidsrettede ved bruk av nye teknologiske løsninger, og slik at sentralene henger sammen i ett og samme system som kan avlaste hverandre og ta over for hverandre. Alle helseregionene planlegger innføring av ny teknologi for AMK-sentraler. Helse Sør-Øst RHF har kunngjort anskaffelse og skal innføre en elektronisk løsning for regional ambulansjour-



Figur 6.5 Sykehuset Innlandet HF prøver ut videokonsultasjon mellom lege og ambulanspersonell

Foto: Sykehuset Innlandet HF

nal. De andre helseregionene har mulighet for å gjøre avrop på avtalen. Et elektronisk journalsystem vil erstatte papirjournal i ambulansen og sikre at helseopplysningene følger pasienten, fra AMK-sentralen, via ambulansetjenesten og videre i behandlingsforløpet.

Helsepersonell trenger rask og sikker tilgang til nødvendig og oppdatert informasjon om pasienten ved akutt sykdom og skade. For helsepersonell i akuttmottak er det et behov for IKT-verktøy som understøtter deres arbeidshverdag og som raskt gir tilgang til nødvendig informasjon, spesielt fra ambulanse og andre aktører i prehospital tjeneste, men også fra kjernejournal og fra andre sykehus. Gode IKT-verktøy understøtter også pasient- og informasjonsflyten til resten av sykehuset. Kjernejournal gir rask tilgang til utvalgte og viktige helseopplysninger om pasienter, se omtale i kapittel 8.

Boks 6.9 Ny teknologi – bedre kompetansebygging

Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter i Helse Vest (RAKOS), AMK-Stavanger og Headroom Life Science AS har etablert et offentlig/privat samarbeid for å utvikle en treningsimulator for AMK. Ved hjelp av simulatoren kan helsepersonell i AMK-sentralen trene på realistiske scenarier i arbeidsmiljøet. Helsepersonell blir ringt opp av en virtuell pasient som kan simulere symptomer og reagere følelsesmessig på helsepersonellens ord og atferd som en alminnelig pasient. Personellet i AMK kan dermed trene både på bedre samtaleteknikker

og måter å veilede pasienter på ved å gjennomføre førstehjelpstiltak som hjerte- og lunge redning og stabilt sideleie. Etter hvert skal videoforbindelse tilføres slik at AMK-operatør kan se den virtuelle innringeren og skadested. Gjennom simulatoren kan helsepersonellet øve og få tilbakemelding på områder de føler seg usikre på og kan trene mens de er på jobb. Helsepersonellet får kompetanse, erfaring og trygghet som kan være forskjellen som sparer livsviktige minutter og sekunder i akuttmedisinske situasjoner.

Boks 6.10 Regjeringen vil

- styrke kompetanse, innsikt og forståelse, samarbeid og samhandling og sikre god ressursutnyttelse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus
- at helseforetakene, i samarbeid med kommunene i helsefelleskapene, gjennomgår akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i neste utviklingsplan
- at kompetansetjenestene innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin i spesialisthelsetjenesten gjennomgås
- at regelverket for båtambulansen gjennomgås i lys av akuttutvalgets utredning
- at organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene gjennomgås og at tiltak inngår i neste utviklingsplan for helseforetakene
- at den nasjonale veilederen Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak blir revidert
- at Helsedirektoratet, i samråd med helseregionene, vurderer hvilken styringsinformasjon som vil være særlig egnet til å understøtte ønsket utvikling av akuttmottakene, og at det legges til rette for at denne styringsinformasjonen gjøres tilgjengelig for lokal og nasjonal bruk

7 Teknologi i pasientens helsetjeneste

Boks 7.1 Hvor vil vi?

Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller at helsepersonell møttes fysisk, ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, oppfølging basert på pasientrapporterte data og sensorteknologi og nettbaserte behandlingsprogram. For sårbare pasientgrupper flyttes det medisinske utstyret dit pasienten er – ikke omvendt. Pasientene opplever økt grad av mestring, et mer tilpasset tilbud og at sykdomsutvikling fanges opp tidligere. Både pasienter og helsepersonell unngår unødvendige reiser. Direktoratene gir nødvendig veiledning om regulering, digitale forutsetninger og om faglige retningslinjer. Finansieringsordningene legger til rette for utvikling og

innføring av nye arbeidsformer og ny teknologi.

Kunstig intelligens gjør det mulig å utnytte våre felles helsedata til å tilby raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk. Regelverket muliggjør bruk av helsedata til det beste for fellesskapet, behovet for veiledning om rettslige rammer blir ivarettatt av direktoratene, og etiske utfordringer knyttet til bruk av kunstig intelligens blir håndtert i samarbeid med andre europeiske land. Helse- og omsorgstjenesten har etablert en kultur for innovasjon og deling av kunnskap, og samarbeider godt med næringslivet om å utvikle de verktøyene tjenesten og pasientene trenger.

7.1 Teknologien endrer tjenesten

For 50 år siden var det ikke mulig å operere ødelagte blodårer og hjerteklaffer. Innføring av hjerte- og lungemaskinen på 1970-tallet gjorde åpne hjerteoperasjoner mulig. I dag er det rutine å gjennomføre utblokking av tette blodårer og utskifting av hjerteklaffer gjennom et rør som føres til hjertet fra lyskepulsåren. Metoden er mer skånsom og pasienten er våken under operasjonen. Pasienter som ikke ville ha tålt åpen hjerteoperasjon, kan bli behandlet. Det er ikke bare hjertekirurger som kan utføre inngrep i hjertet, men også radiologer og kardiologer. Oppfølgingen etter operasjonen skjer i samarbeid mellom sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Eksemplet over illustrerer at teknologien i løpet av et par generasjoner har endret helse- og omsorgstjenesten. Menneskene opplever derfor også tjenesten helt annerledes. Helsepersonellet jobber på nye måter – både sammen med hverandre, i grenseflaten mot teknologien og i samspill med pasientene. Pasientene både kan mer og forventer mer. Tre hovedtrender har spilt en sentral rolle:

- Medisinsk teknologisk utvikling: Pasienter som det tidligere var for risikabelt å behandle, kan behandles. Mer skånsomme inngrep gir kortere rekonvalesenstid og mer avansert utstyr gjør at diagnoser kan stilles raskere og mer presist. Kostnadene vris fra personell mot utstyr og investeringer, og flere og til dels nye profesjoner må jobbe sammen i team for å beherske teknologien.
- Mer persontilpasset medisin: Økt kunnskap om biologien vår har lagt til rette for mer persontilpasset diagnostisering og behandling basert på markører som gener, proteiner og andre biomarkører. Mer avanserte laboratorieanalyser og bildediagnostisering gir mer korrekt diagnose, men også flere funn som må tas hensyn til.
- Digitalisering: Informasjonsteknologi gir store muligheter til å dele kunnskap og informasjon mellom profesjoner og aktører på en annen måte. Det legger til rette for større grad av oppgavedeling. Flere arbeidsoppgaver kan automatiseres. Fysisk tilstedeværelse er ikke i samme grad nødvendig. Pasientene kan følge opp egen tilstand hjemme, leger kan veilede hverandre virtuelt, og bilder og informasjon

kan vurderes av kolleger andre steder i verden. Større mengder data kan bearbeides, kvaliteten og effekten av behandlingen til den enkelte pasient kan følges bedre. Maskinlæring er i ferd med å øke presisjonen i diagnostisering ytterligere, og til å gi både behandlere og pasienter bedre beslutningsstøtte. Samlet sett gjør dette at vi må ha løsninger som muliggjør deling av data på en hensiktsmessig måte.

Den teknologiske utviklingen kan gi betydelig effekt i form av økt kvalitet i pasientbehandlingen og bedre ressursbruk. Samtidig går utviklingen fort og medfører økte kostnader til investering og drift av teknologiske løsninger. Det kan oppleves som utfordrende for helsepersonell og ledere i helseforetak, i samspill med pasientene, å endre organisering og arbeidsformer. Nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi utfordrer regulering, organisering, faglig normering og finansierungsordningene i helse- og omsorgstjenesten. Helsemyndighetene strever samtidig med å tilpasse de nasjonale virkemidlene raskt nok slik at mulighetene kan tas i bruk innenfor gjeldende ressursrammer.

Regjeringen angir derfor i Nasjonal helse- og sykehusplan en klar retning for hvordan spesialisthelsetjenesten skal nyttiggjøre seg av teknologien og hvordan nasjonale virkemidler må justeres for å understøtte dette. Regionale og lokale utviklingsplaner og innspill fra brukere og helseforetak viser tydelige forventninger om økt bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenestene nærmere pasienten og utnytte potensialet som ligger i våre felles helsedata. I meldingen omtales også det pågående arbeidet for å innføre mer persontilpasset medisin.

7.2 Bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene

De siste tiårene har spesialisthelsetjenesten i stor grad beveget seg fra døgn- til dagbehandling takket være medisinsk og teknologisk utvikling. I årene fremover kan flere tjenester flyttes ut av sykehuset og hjem til pasienten. Behandling av pasienter med revmatiske lidelser illustrerer utviklingen. For 30 år siden var hverdagen til disse pasientene preget av store smerter, mange trengte kirurgi på ledd med revmatisk sykdom og var i lange perioder innlagt på sengepost. Nye legemidler har bidratt til at de fleste personer med revmatiske lidelser i hovedsak følges opp ved poli-

kliniske rutinekontroller. Ved Diakonhjemmet prøver man nå ut en digital løsning hvor pasientene selv registrerer sykdomsaktivitet på sin PC, mobil eller nettbrett. Ved hjelp av pasientrapporterte data kan oppfølgingen bli mer differensiert enn den er i dag. I stedet for standardiserte rutinekontroller kan man identifisere behov for tettere oppfølging eller redusert behov for polikliniske kontrolltimer.

Spesialisthelsetjenester kan flyttes nærmere pasientene på ulike måter. Noen sentrale tjenesteformer er:

- digitale innbyggertjenester
- digital hjemmeoppfølging
- nettbasert behandling
- hjemmesykehus
- teknologi i prehospitale tjenester

Også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil flere tjenester kunne flyttes nærmere pasienten. Selv om innholdet i de kommunale tjenestene gjerne vil være annerledes, vil de digitale verktøyene ofte være tilsvarende de som benyttes for å flytte spesialisthelsetjenester fra sykehus og hjem til pasienten, for eksempel nettbasert behandling eller digital hjemmeoppfølging. Kommunene har også, i likhet med spesialisthelsetjenesten, behov for teknologiske løsninger som er knyttet til spesifikke oppgaver som kommunen har ansvaret for, for eksempel ulike former for trykthetsteknologi. Et eksempel på en teknologi som spesialisthelsetjenesten har et spesifikt ansvar for er mobilt røntgen, det vil si at røntgenutstyr og kyndig personell kommer til pasienten, for eksempel på et sykehjem, fremfor at pasienten må reise til sykehuset for å ta røntgenbilder. Nye måter å yte spesialisthelsetjenester på vil kunne ha betydning for samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er nærmere omtalt i avsnitt 7.2.1.

Digitale innbyggertjenester

Digitale innbyggertjenester innenfor helse- og omsorg gjør det enklere for innbyggere å finne relevant informasjon og råd om helse, behandling og rettigheter, samt å kommunisere med helse- og omsorgstjenesten digitalt. Helsenorge.no er pasientenes inngang til den offentlige helse- og omsorgstjenesten på nett. Digitale innbyggertjenester inkluderer blant annet innsyn i egen journal, oversikt over kritisk informasjon, resepter og timebestilling og mulighet for digital kommunikasjon mellom pasienten og aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Disse tjenestene



Figur 7.1 Spesialisthelsetjenester i hjemmet

bidrar til å sette pasienten i stand til å ta kunnskapsbaserte beslutninger og være en aktiv deltaker i egen helse og behandling, jf. kapittel 3.

Muligheten til å se status på henvisninger og endre timer digitalt betyr mer oversikt og fleksibilitet i hverdagen for pasienten. Digitale meldinger gjør det enklere å få raske avklaringer om ting som ikke haster. Tilgang på kvalitetssikret informasjon gjør at pasient og pårørende kan stille forberedt til konsultasjoner og bidra til mestring av egen tilstand. Tilsvarende innebærer digitale innbyggertjenester at mindre administrative ressurser brukes på flytting av timer som ikke passer, og det reduserer antall timer som kastes bort på grunn av manglende oppmøte.

Digital hjemmeoppfølging

Pasienten kan følges opp i hjemmet ved at målinger, egenrapportert eller automatisk fra medisinsk

utstyr, sendes digitalt til spesialisthelsetjenesten. Ulike former prøves ut i flere kommuner, jf. boks 7.2. Dette vil gi erfaringer som også sykehusene kan lære av. For pasienter med risiko for sykdomsforverring, kan digital hjemmeoppfølging bidra til at symptomer fanges opp tidligere. Slik kan helsepersonell sette inn forebyggende tiltak og redusere risiko for sykehusinnleggelse.

Alvorlig syke pasienter som ellers måtte vært på sykehus, kan få tilbringe mer tid hjemme ved hjelp av digital hjemmeoppfølging. Ved kreftavdelingen ved Sykehuset Østfold har man siden 2016 tilbudt kreftpasienter digital hjemmeoppfølging mellom cellegiftkurer. Pasientene registrerer vekt og temperatur elektronisk, og informasjonen overføres til helsepersonell på sykehuset for vurdering av en ny cellegiftkur. Slik unngår pasienten unødvendige turer til sykehuset.

For friskere pasienter som lever med kronisk sykdom, kan egenrapportering ved bruk av digi-

Boks 7.2 Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke i kommuner

Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke er et prosjekt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram i regi av Helsedirektoratet. Pasientene har utstyr hjemme for å måle og registrere egne helsedata som sendes inn og følges opp i fastlegepraksisen. Målet er bedre psykisk og fysisk helse for pasientene og økt opplevelse av mestring og trygghet. Medisinsk avstandsoppfølging kan bidra til at sykdomsforverring kan avdekkes så tidlig som mulig, til redusert bruk av legevakt og akuttinnleggelser, og lavere kostnader for helse- og omsorgstjenesten samlet sett. Fem kommunale samarbeidsprosjekter deltar i den videre utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging som skal pågå ut 2021. Utprøvingen gjennomføres både i kommuner med ordinær fastlegetjeneste og i praksiser som også deltar i utprøvingen av primærhelseteam. Prosjektet er organisert som en randomisert kontrollert studie, noe som vil bidra til å utforske effekt og gevinst av å levere tjenester på nye måter. Kunnskapen vil bygges gradvis i takt med at pasientene tar tilbudet i bruk.

tale skjema gi bedre oversikt over sykdommen, og personer som er i jobb eller utdanning, slipper å ta seg fri for å møte opp til rutinekontroll. Når oppfølgingen er basert på pasientrapporterte data, er det enklere å gi et bedre tilpasset tilbud.

I Danmark er løsninger som er basert på pasientrapporterte data innført for blant annet pasienter med epilepsi og irritabel tarmsyndrom. Pasientene fyller ut et digitalt skjema som sendes til den ansvarlige avdelingen på sykehuset. Spørsmålene kan omfatte registrering av målinger, opplevelse av symptomer, funksjonsnivå og helserelatert livskvalitet. En algoritme¹ vurderer svarene og skiller mellom pasienter uten behov for oppfølging, pasienter som må ha time på sykehuset i løpet av et par uker, og pasienter hvor det er behov for kontakt for å avklare behov. Pasientene rapporterer at de føler seg tryggere, og at de lærer mer om egen tilstand. Spørreskjemaene gjør at både pasient og behand-

ler stiller mer forberedt til konsultasjonene, slik at disse blir mer målrettet. I noen tilfeller kan kommunikasjonen bli bedre der pasienten er mer komfortabel med skriftlig kommunikasjon om tabubelagte temaer. Innsatsen dreies mot dem med størst behov, og utgiftene til transport reduseres.

Ved Vestre Viken HF er det etablert et prosjekt som skal legge til rette for brukerstyrt oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer etter en tilsvarende modell som i Danmark. I første omgang testes dette ut på pasienter med epilepsi, der disse som et alternativ til faste årlige fysiske konsultasjoner vil få tilbud om å besvare et sett av spørsmål elektronisk gjennom en webportal. Ved hjelp av definerte kriterier vil besvarelsene bli kategorisert i grupper (grønn, gul og rød) der den enkelte pasient følges opp i henhold til prosedyrer for hver gruppe. Gule og røde besvarelser indikerer rask oppfølging av en kliniker, mens pasienter med grønne besvarelser kan følges i den digitale løsningen med minimum av ressursinnsats, men med mulighet for kontakt ved behov. Målet med prosjektet er å øke kvaliteten på spesialisthelsetilbudet til pasientene gjennom mer individuelt tilpasset oppfølging, samtidig som man utnytter ressursene på en mer hensiktsmessig måte.

Pasienter med implantater som hjertestarter og pacemaker monitoreres i dag ved flere helseforetak ved at utstyr hjemme hos pasienten kommuniserer digitalt med sykehuset. Informasjon om blant annet levert sjokk ved rytmeforstyrrelser, ledningsbrudd og dårlig batteri sendes til sykehuset og sykehuset kan gjøre programvareoppdateringer via internett. Sykepleier sjekker meldinger daglig, skriver journalnotat, kontakter pasienten og avtaler kontroll og annen oppfølging. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet og reduserer behovet for fysisk oppmøte til kontroll. Samtidig kan alt utstyr som kobles til internett, bli utsatt for digitale angrep. Faglige forsvarlige helsetjenester fordrer derfor tilstrekkelig digital sikkerhet. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utrede mulige løsninger for sporing av implantater (medisinsk utstyr i risikoklasse 3).

Ved Nordlandssykehuset HF har man, i samarbeid med Telenor, utviklet en løsning for bedre oppfølging av pasienter med hjemmedialyse. Å få behandling hjemme istedenfor å reise inn til sykehuset flere ganger i uken, gir økt frihet. Pasienten registrerer målinger på en app på mobilen samtidig som målinger av vekt og blodtrykk registreres automatisk. Slik får nyresykepleieren på sykehuset raskere oversikt over pasientens tilstand enn når dette må samles inn og registreres manuelt. I tillegg kan helsepersonellet møte pasientene

¹ En algoritme er en forenklet beskrivelse av eller oppskrift på et sett med regler for å oppnå et bestemt resultat.

bedre forberedt – enten det er over telefon eller ved oppmøte.

Nordlandssykehuset HF og Bodø kommune jobber nå sammen for å se hvordan tilsvarende teknologi kan benyttes i oppfølging av flere kronikergrupper. Målet er at teknologien skal bidra til at pasientens vitale data gjennom forløpet, uavhengig av omsorgsnivå, skal være tilgjengelig for klinikere i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette skal bidra til lik forståelse knyttet til pasientens utvikling, bedre pasientforløpet og ikke minst

sørge for tidligere identifisering av uønsket forverring med påfølgende tiltak. Samarbeidet rundt teknologi inkluderer også utvikling av felles pasientforløp, siden dette er en forutsetning for bruk av nevnte teknologi på tvers av omsorgsnivå.

Nettbasert behandling

Ved nettbasert behandling gjennomføres hele eller deler av behandlingen over internett. Pasienten kan gjennomføre behandlingen alene eller

Boks 7.3 Videokonsultasjon for pasienter ved Sunnaas Sykehus HF

Siden 2012 har Sunnaas sykehus HF brukt videokonferanse til tverrfaglig oppfølging av personer med ryggmargsskade og trykksår, i tett samarbeid med hjemmesykepleien i kommunen. Nettbaserte kompetanseprogram er også utviklet som en del av oppfølgingstilbudet. En kost-nytteevaluering for personer med ryggmargsskade og trykksår viste at videokonsultasjon kostet 15 prosent av det oppmøte i poliklinikk koster, og bare tre prosent av kostnadene

knyttet til innleggelse. Fra 2017 gjennomføres en randomisert kontrollert studie. Resultatene så langt viser høy pasienttilfredshet, noe økt livskvalitet, samt tilfredsstillende sårtilheling.

«Når jeg snakker med folkene på Sunnaas via skjermen, så føles det som om de er hjemme hos meg. Fordi de er så nære, oppleves det som vi har tett kontakt. Jeg synes det er flott»

Ingar K. Bergersen, pasient ved Sunnaas sykehus



Figur 7.2 Pasient Ingar snakker med helsepersonell ved Sunnaas sykehus

Kilde: Sunnaas sykehus HF

med oppfølging fra helsepersonell. Dette kan bidra til mer tilrettelagt og bedre behandling for pasienten, økt opplevelse av mestring, økt tilgjengelighet og bedre behandlingsskapasitet i helse-tjenesten.

Det finnes flere gode eksempler på nettbasert behandling. Verktøyet eMeistring er utviklet for personer med panikkklidelse, sosial angst og depresjon (jf. omtale i kapittel 5). Denne behandlingsformen er dokumentert å ha like god effekt som tradisjonell behandling, samtidig som man kan behandle flere pasienter.

Ved bruk av video kan pasienter unngå tidkrevende og potensielt belastende reiser. Mindre reisetid for helsepersonell betyr mer tid til pasientrettet arbeid. Video gjør det også enklere å gjennomføre tverrfaglige konsultasjoner og er et nyttig verktøy for å utnytte kompetanse. Dette gjelder særlig i områder hvor det er utfordrende å rekruttere spesialister eller hvor avstandene er store. Ved Helgelandssykehuset HF følges enkelte pasienter ved ortopedisk avdeling opp via video. Pasientene med lengst reiseavstand har blitt prioritert til videokonsultasjoner. Brukerfønøydhet har vært målt etter hver konsultasjon og har foreløpig vært veldig høy. Ortopedene vurderer at videokonsultasjoner fungerer svært bra for kontroller, men også for utvalgte førstegangsvurderinger. Under de aller fleste konsultasjoner er det en fysioterapeut til stede som undersøker pasienten. Dette fører til en tverrfaglighet i vurderingen som fagpersonene vurderer som en positiv sideeffekt. Tidsbruk per pasient er omtrent lik som ved fysiske konsultasjoner.

Ved Sunnaas sykehus HF er bruk av telemedisinske verktøy godt integrert i den kliniske virksomheten – andelen av polikliniske konsultasjoner som gjennomføres som videokonsultasjoner er 10 prosent. Med både regionale og nasjonale ansvar har foretaket pasienter som er spredt over et stort geografisk område. Videokonferanse brukes for å gjøre tjenestene mer tilgjengelige, koordinerte og sikrer kompetanseoverføringen mellom sykehuset, pasienter med langvarige rehabiliteringsbehov, kommunehelsetjenesten, helseforetak og andre samarbeidspartnere.

Siden 2016 har foretaket gjennomført et større prosjekt med utprøving av språktrening med logoped over video til pasienter som har hatt slag.

Hjemmesykehus

Medisinsk og teknologisk utvikling gjør det mulig å yte spesialisthelsetjenester med medisinsk utstyr utenfor sykehus. Dette har særlig stor verdi

for pasienter som er sårbare for forflytning, har stor infeksjonsfare og i områder med store avstander. Flere helseforetak har innført avansert hjemmesykehus, jf. omtale i avsnitt 4.4.1. Så langt er omfanget av medisinsk utstyr som kommuniserer med sykehuset over nett begrenset i disse løsningene. Bruk av slik teknologi er forventet å øke.

Mobilt røntgen er tatt i bruk i flere områder og innebærer at man flytter utstyret dit pasienten er. Mobilt røntgen tilbys av blant annet i Vestre Viken HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF. Tjenesten er hovedsakelig rettet mot beboere på sykehjem og omsorgsboliger. Forflytning av disse pasientene kan være risikabelt og smertefullt og krever at helsepersonell følger med i transporten. Dette kan medføre at terskelen for å gjennomføre røntgenundersøkelser blir høy. Å flytte utstyret istedenfor pasienten kan være tryggere, gi bedre diagnostikk og bidra til riktigere ressursbruk.

Teknologi i prehospitaler tjenester

Bruk av teknologi i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus gjør det mulig å stille diagnose, få råd og veiledning fra lege på sykehus og, i noen tilfeller, starte behandling allerede i ambulansen, jf. omtale i avsnitt 6.8.

7.2.1 Hva betyr dette for samhandlingen med kommunal helse- og omsorgstjeneste?

Alle helseforetak har planer om å flytte spesialisthelsetjenester nærmere pasientene ved hjelp av teknologi, og mange kommuner har planer om å ta i bruk velferdsteknologi for å gi bedre og mer effektive tjenester. Teknologien gir i tillegg rom for nye måter å løse oppgavene på tvers av sykehus og kommuner. Det kan bidra til mer effektiv ressursbruk og at tiltak settes inn tidligere, slik at sykdomsforverring og mer ressurskrevende helsehjelp kan unngås.

Hvordan gevinster og kostnader fordeles mellom sykehus og kommuner når nye arbeidsmetoder tuftet på teknologi tas i bruk vil variere. For eksempel vil mer effektiv slagbehandling og mer persontilpasset kreftbehandling kunne øke ressursbruken i sykehus, men redusere utgiftene i pleie- og omsorgstjenesten. Enkelte typer hjemmesykehus kan gi innsparinger i sykehus, men for-dre økt innsats fra hjemmetjenestene sammenliknet med sykehusinnleggelse. I Danmark har man sentralisert kontroller av epilepsipasienter gjennom nettbasert egenrapportering som syke-

pleiere på sykehus følger opp. I Norge følges epilepsipasienter som regel opp av både fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Hvilken utvikling som teknologien legger til rette for, hva som er ønskelig, og hvordan kostnader og gevinster vil fordeles, vil variere og må vurderes konkret av helsefelleskapene.

I helsefelleskapenes arbeid med å planlegge og utvikle tjenester bør bruk av teknologi være en integrert del av pasientforløpene. Det bør være et mål å unngå at pasientene må håndtere flere typer utstyr og rapportere på omtrent det samme til kommunal helse- og omsorgstjeneste og til spesialisthelsetjenesten. I stedet bør helsefelleskapene jobbe for å utnytte mulighetene digitaliseringen gir for å dele og samle informasjonen.

7.2.2 Digitalt er ikke alltid optimalt

Bruk av teknologi bør gi bedre og mer effektive tjenester. Dette må være et førende prinsipp når man vurderer nye måter å yte tjenester på. For mange pasienter og mange type undersøkelser er det samtidig mindre aktuelt å erstatte et fysisk møte med digitale løsninger. Det kan skyldes begrensninger i pasientens evne til å betjene teknologien. Pasienten må få et tilbud som er tilpasset sitt behov og funksjonsnivå. Det er heller ikke alle tilstander som egner seg for behandling og oppfølging ved hjelp av digitale verktøy. Det er heller ikke alltid at digitale verktøy er bedre enn tradisjonelle metoder. Det må være et mål at innføring av teknologi ikke fører til økt behov for personell, og at samme oppgave ikke utføres både «analogt» og digitalt over lengre tid.

7.2.3 Hva kreves av nasjonale virkemidler for å lykkes?

Det er tjenesten selv som har ansvar for å utvikle, vurdere og ta i bruk nye måter å yte tjenester på. Tjenestene må vurdere konkret hvilke fordeler og ulemper nye tjenestemodeller kan ha, planlegge hvordan endringer må gjennomføres for å sikre at man oppnår ønskede gevinster og dele kunnskap om hva som virker, jf. avsnitt 7.5. Det er i tillegg et mål at tjenesten i større grad gjennomfører metodevurderinger ved innføring av nye arbeidsmetoder.

Nasjonale myndigheter må sørge for at nasjonale rammebetingelser støtter ønsket utvikling. Virkemidlene må innrettes for å understøtte tjenestene vi vil ha i morgen, ikke tjenestene vi hadde i går. I tillegg må alle virkemidlene ses i sammenheng. Det hjelper lite å tilpasse finansier-

ingsordningene dersom de digitale forutsetningene ikke er til stede, eller hvis lovverket setter en stopper for ønsket tjenesteyting. Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk har fått i oppdrag å identifisere utfordringer som hemmer innføring og foreslå hvordan nasjonale myndigheter kan støtte ønsket utvikling i hele helse- og omsorgstjenesten. Helseregionene og KS bidrar i arbeidet, som vil følges opp gjennom hele planperioden.

En foreløpig vurdering tilsier at nasjonale rammebetingelser må tilpasses etter fire akser:

1. Tydeligere mål: Helseforetakene skal i sine neste utviklingsplaner sette egne mål for bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenestene nærmere der pasientene er. Regjeringen oppfordrer kommunene til å gjøre det samme i sine planer for utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bruk av teknologi vil være en integrert del av pasientforløp og derfor også et tema i helsefelleskapenes felles planlegging og utvikling.
2. Tilpasning av finansieringsordningene: Finansieringsordningene må ikke være til hinder for å erstatte fysisk oppmøte for behandling og oppfølging med digitale tjenester. Det er i ISF-systemet for 2019 lagt til rette for veiledet nettbasert behandling som eMeistring og videokonsultasjoner er finansiert likt som ved fysisk oppmøte. I 2019 ble videokonsultasjon sidestilt med fysisk oppmøte i takstsystemet for fastlegene. Arbeidet med å videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten er nærmere omtalt i kapittel 11.
3. Bedre veiledning om regelverk: Det kan oppstå usikkerhet om hvem som har behandleransvar når spesialisthelsetjenesten følger opp pasienter i hjemmet eller på kommunale arenaer. Bruk av medisinsk utstyr med kontinuerlige målinger kan skape usikkerhet om hva som er journalverdig informasjon. Helsedirektoratet skal tydeliggjøre dette i veiledningsmateriellet. Digitale løsninger som tas i bruk i helsetjenesten skal tilfredsstillende krav til personvern og informasjonssikkerhet. Det kan være krevende for kommuner og sykehus å forstå kravene i regelverket. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten kan videreutvikles for å ivareta veiledningsbehovene knyttet til personvern og informasjonssikkerhet.
4. Realisere nødvendige digitale forutsetninger: En digital infrastruktur, felleskomponenter og nasjonale e-helseløsninger som støtter utveksling og deling av informasjon mellom IKT-

systemer, vil redusere behovet for manuelle registreringer og frigjøre tid for helsepersonell. Bedre identitets- og tilgangsstyring gjør at informasjonen kan være lettere tilgjengelig gjennom et pasientforløp og i et tverrfaglig team. Nettdekning, enten mobilt eller fastnett, er ofte en grunnleggende forutsetning for å kunne yte tjenester digitalt utenfor sykehus. Gjennom tydeligere styring vil regjeringen sørge for at nødvendige digitale forutsetninger realiseres. Dette er omtalt i kapittel 8.

En sentral nasjonal rammebetingelse er nasjonale digitale infrastrukturer som understøtter digital kommunikasjon utenfor sykehus. Det pågår en konseptvalgutredning for fremtidig løsning for nød- og beredskapskommunikasjon og overgang fra dagens Nødnett. Minst ett av konseptene i denne utredningen skal ivareta et fremtidig bredere behov og mulighetsrom innenfor justis- og beredskapsområdet og helse- og omsorgstjenesten, utover nødkommunikasjon, på en slik måte at dekning, robusthet og kapasitet også kan komme andre tjenester til gode. Eksempel på dette fra helsesiden kan være ambulante tjenester (jf kap. 6), fjerndiagnostikk, pleie og omsorg hjemme (velferdsteknologi), medisinsk avstandsoppfølging og elektroniske konsultasjoner. Konseptvalgutredningen ledes av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom), med deltakelse fra relevante helsemyndigheter.

7.3 Kunstig intelligens og bedre bruk av helsedata

7.3.1 Innledning

Den teknologiske utviklingen har gitt mulighet til å lagre og anvende stadig større mengder informasjon. Dette er et gode, men skaper også utfordringer både for den enkelte lege som skal bruke informasjonen for å sette diagnose og behandle den enkelte pasient og for forskere som skal bruke dataene til å utvikle og dokumentere effekt av nye metoder. Informasjonsmengden kan rett og slett bli større enn legene og forskerne klarer å håndtere. Forskerne trenger derfor bedre hjelp til å tolke dataene, mens legen trenger bedre beslutningsstøtte for å sortere informasjonen raskere og mer presist.

Regjeringen mener at bruk av kunstig intelligens sammen med store mengder helsedata kan bidra til bedre helse- og omsorgstjenester, gi bedre grunnlag for forskning og innovasjon, og

Boks 7.4 Hva er kunstig intelligens?

Kunstig intelligens er datamaskiner som har evnen til å lære, forbedre seg over tid og tilpasse seg nye miljøer. Datamaskinene kan utføre enkelte intellektuelle oppgaver på nivå med mennesker som å tolke tekst, tale og bilder. Ulike former for kunstig intelligens omfatter blant annet:

- Maskinlæring (ML) benytter teknikker fra matematikk, statistikk og datavitenskap for å trekke ut kunnskap fra store datasamlinger.
- Dyplæring er en del av maskinlæring og bruker en familie av algoritmer som kalles nevralt nettverk for å gjenkjenne objekter som for eksempel medisinske bilder.
- Helseanalyse omfatter både maskinlæring og tradisjonell dataanalyse på helsedata.
- Natural Language Processing (NLP) handler om språkforståelse. NLP kan kombinere maskinlæring og dyplæring eller baseres på regelbaserte uttrykk. På helseområdet finnes store mengder helsedata blant annet i pasientjournaler, kvalitetsregistre og helseregistre.

Nesten all bruk av kunstig intelligens forutsetter store mengder data. Dette er data som kan innhentes fra journal-, laboratorie- og radiologisystemer og medisinsk utstyr. Dette datagrunnlaget har stort potensial for å kunne yte bedre helse- og omsorgstjenester. I tillegg vil dette datagrunnlaget være verdifullt for forskning, styring og planlegging.

Kilde: Direktoratet for e-helse. Rapport: Utviklingstrekk 2019 (IE-1044).

bidra til mer effektiv ressursbruk. Oppgaver som hittil har vært forbeholdt mennesker kan gjøres kvalitativt bedre, raskere og rimeligere av maskiner ved hjelp av teknologier innenfor kunstig intelligens. Behandlingen kan bli mer persontilpasset med lavere risiko og færre bieffekter. I tillegg kan ressursene som i dag brukes på behandlinger med liten effekt, brukes på behandling som har effekt. Nasjonale rammebetingelser må tilpasses for å ta i bruk disse mulighetene på en trygg måte.

Kunstig intelligens blir ikke mer intelligent enn kvaliteten på dataene tillater. God kvalitet på

og tilgjengelighet til helsedata, og tilstrekkelig lagringskapasitet, blir dermed viktig for å oppnå gevinster ved bruk av kunstig intelligens.

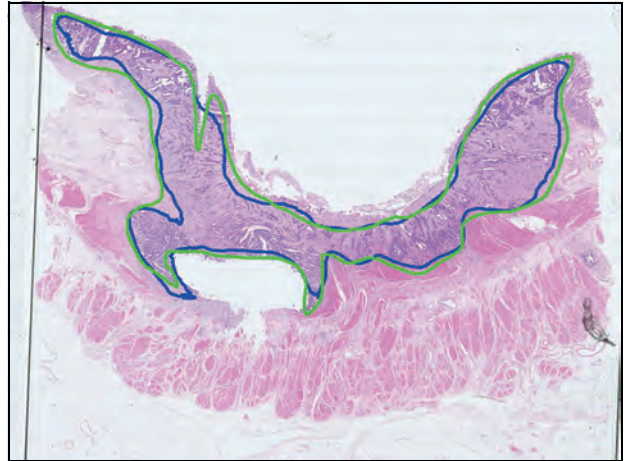
Regjeringen har i Meld. St. 4 (2018–2019) Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning (2019–2028) pekt på sentrale forutsetninger for utvikling og bruk av kunstig intelligens, herunder teknologisk kompetanse, god infrastruktur for prosessering, lagring og analyse av store datamengder og mer forskning på avansert og sikker infrastruktur for elektronisk kommunikasjon. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra til at disse forutsetningene realiseres. Dette kommer blant annet til uttrykk i arbeidet med å etablere en helseanalyseplattform som en nasjonal infrastruktur som skal gjøre det enklere å få tilgang til store mengder helsedata for forskning, jf. avsnitt 8.4.4.

7.3.2 Hvilken betydning kan kunstig intelligens ha for spesialisthelsetjenesten?

Kunstig intelligens kan være aktuelt å bruke på ulike stadier i et pasientforløp – fra forebygging til diagnostisering, behandling og oppfølging. Videre kan kunstig intelligens brukes til administrative støttesystemer og logistikk. Vi har i dag identifisert en rekke mulige bruksområder for kunstig intelligens, for eksempel kartlegging av risiko for sykdom, tolkning av bilder og forskjellige former for beslutningsstøtte for helsepersonell og for pasienter. I fremtiden vil bruksområdene trolig bli flere.

For helsepersonell kan kunstig intelligens bety et kraftig verktøy for beslutningsstøtte. Et menneske har begrenset evne til å behandle store mengder data. Graden av spesialisering øker etter hvert som vi får mer kunnskap om komplekse sykdommer og tilstander, og behovet for beslutningsstøtte vil øke. I dag betyr dette at flere spesialister må rådspørres i tidkrevende prosesser som kan forsinke behandling. Med kunstig intelligens vil kunnskapsgrunnlaget være bedre, og personellet kan stille diagnoser og ta beslutninger raskere.

Figur 7.3 viser en markering av et svulstområde utført av en datamaskin ved hjelp av dyp læring. Den grønne linjen i bildet av det rosa snittet er markert av en patolog, den blå av en datamaskin. Datamaskinen finner svulsten og forutsier pasientens prognose med stor grad av nøyaktighet.



Figur 7.3 Markering av et svulstområde

Kilde: Institute for Cancer Genetics and Informatics (ICGI)

I dag brukes kunstig intelligens i hovedsak i forskningsprosjekter i spesialisthelsetjenesten, blant annet DoMore! og BigMed ved Oslo universitetssykehus HF og i prosjektet knyttet til prateroboten (chatboten) Dina i Helse Vest.

- Prosjektet DoMore! har som mål å automatisere analyser av patologibilder av kreftsvulster, se figuren over. Dette gjøres ved at kunstig intelligens, i form av dyplæring, anvendes på store mengder bilder. Dette vil gi bedre beslutningsstøtte for kreftleger, redusere tiden som går med til det diagnostiske arbeidet og bidra til bedre bruk av knappe patologiresurser.
- BigMed-prosjektet utvikler løsninger for bedre diagnostikk og behandling av den enkelte pasient. Store mengder helsedata fra mange pasienter analyseres ved bruk av kunstig intelligens i form av helseanalyse. Prosjektet legger vekt på sjeldne sykdommer, plutselig hjertedød, tarmkreft og frostskafer. I tillegg til medisinsk litteratur og pasientjournaler spiller pasientens genetiske data en sentral rolle.
- Prateroboten Dina svarer på spørsmål om svingerskapsdiabetes. Prateroboten er et dataprogram som bruker kunstig intelligens, i form av maskinlæring og naturlig språkbehandling (Natural Language Processing – NLP). Svarene Dina gir er utarbeidet av helsepersonell som til vanlig følger opp gravide. To jordmødre analyserer stilte spørsmål og forbedrer kontinuerlig Dinas språk og innhold. Teknologien gjør at brukere får spesifikke svar og tilpasset informasjon i dialogform.

7.3.3 Hvordan sikre en trygg innføring av kunstig intelligens i spesialisthelsetjenesten?

Trygg innføring av kunstig intelligens krever at ansvaret ved bruk av slik teknologi blir avklart. Hvem har ansvaret for konsekvensene av beslutninger som er tuftet på kunstig intelligens? Legen som tok beslutningen, produsenten som har laget algoritmen eller myndigheten som har fastsatt regler for bruk av kunstig intelligens? Hvem har ansvaret for at algoritmene ikke forsterker diskriminering eller blir manipulert – de som bruker dem, produsentene eller myndighetene? Noen av disse spørsmålene kan trolig håndteres innenfor eksisterende regler og prinsipper, men andre spørsmål krever nytenkning. Behovet for nytenkning er særlig relevant fordi nye utfordringer knyttet til etikk og personvern kan oppstå etter hvert som teknologien utvikler seg, og gir nye muligheter for bruk av kunstig intelligens.

Produkter som gjør bruk av ulike former for kunstig intelligens, utvikles og omsettes i et internasjonalt marked. EU har satt etikk og kunstig intelligens på agendaen, og har nylig publisert etiske retningslinjer for pålitelig kunstig intelligens. På nasjonalt nivå jobber regjeringen med en strategi for bruk og innføring av kunstig intelligens i Norge.

Utvikling av maskinlærende beslutningsstøtteverktøy og annen type kunstig intelligens krever tilgang til data. Innspill fra tjenesten tyder på at bruk av kunstig intelligens utfordrer dagens juridiske rammer for deling og bruk av helsedata. Departementet vurderer om det bør gjøres endringer i lovverket knyttet til bruk av helseopplysninger i beslutningsstøtteverktøy. Eventuelle forslag til lovendringer vil bli sendt på høring, og lovforslag vil bli lagt fram for Stortinget.

Departementet sendte i juli 2019 på høring et forslag om tilgjengeliggjøring av helsedata med endringer i helseregisterloven m.m. Forslaget gjelder tilgjengeliggjøring av helseopplysninger og andre helsedata i helseregistre til bruk i statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Endringene skal gi enklere og tryggere tilgang til helseopplysninger og andre helsedata i helseregistre. Enklere tilgang til helseopplysninger skal også bidra til mer innovasjon og næringsutvikling, mer effektiv styring og bedre administrasjon av tjenesten. Løsnin-

gene skal i tillegg gi mer effektiv registerforvaltning og bedre personvern.

Det kan også være behov for å endre andre nasjonale rammebetingelser for å sikre trygg innføring av kunstig intelligens. Det kan være knyttet til veiledning til tjenestene, utforming av finansieringsordninger og digitale forutsetninger. I tillegg kan Norm for informasjonssikkerhet og personvern (Normen) eller andre normerende dokumenter være egnede virkemidler for å redusere tvil om hvilke krav helsetjenesten bør stille ved anskaffelse av teknologier innenfor kunstig intelligens. Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk har fått i oppdrag å gå gjennom nasjonale rammebetingelser for bruk av kunstig intelligens og legge til rette for at helsetjenestene kan ta denne teknologien i bruk. Helseregionene skal bidra i arbeidet.

7.3.4 Deling og bruk av helsedata for å kunne tilby bedre helse- og omsorgstjenester

En grunnleggende premiss for utvikling av helsetjenesten er bruk av helsedata. Helsedata brukes blant annet til å gi helsehjelp, kvalitetssikring, helseanalyser og forskning. Helseopplysninger kan i noen grad behandles uten pasientens samtykke. Det gjelder blant annet for noen lovbestemte helseregistre som Medisinsk fødselsregister og Kreftregisteret. Her lagres data uten pasientens samtykke som grunnlag for å gi råd om helsehjelp til andre pasienter. Den enkelte blir ikke identifisert. Rammene som er satt rundt muligheten for å dele og behandle helsedata må vurderes kontinuerlig for å utvikle helsetjenesten i ønsket retning.

Gevinstene ved å dele data er store. Ny kunnskap gjør det mulig å tilby pasientene mer presis målrettet diagnostikk og behandling gjennom persontilpasset medisin. Ny teknologi gjør det mulig å utvikle beslutningsstøtteverktøy som hjelper helsepersonell å fatte gode beslutninger om pasientenes behandling. For å yte slik helsehjelp er det nødvendig å lære av tidligere erfaringer og ha tilgang på sammenligningsgrunnlag, og til det trengs tilgang til helsedata om andre pasienter. For å kunne yte forsvarlig helsehjelp til befolkningen i fremtiden, mener regjeringen derfor at det er nødvendig at helsedata i større grad enn i dag skal kunne deles.

Departementet vurderer om det bør gjøres endringer i lovverket knyttet til bruk av helseopplysninger i beslutningsstøtteverktøy. Dette

regelverksarbeidet gjelder tilgang til helseopplysninger for læring og kvalitetssikring, herunder bruk av helseopplysninger om én pasient for å gi helsehjelp til neste pasient. Dette kan inkludere kunstig intelligens som beslutningsstøtte. Eventuelle lovendringer vil på vanlig måte bli sendt på alminnelig høring og lagt fram for Stortinget.

7.4 Persontilpasset medisin

7.4.1 Ny kunnskap gir store nye muligheter

Medisinsk behandling må tilpasses den enkelte pasients tilstand, ønsker og behov. Ny kunnskap og nye verktøy gjør at denne tilpasningen blir stadig mer presis. Økt kunnskap om arvematerialet

Boks 7.5 Enkel gentest gir bedre behandling for angstpasienter

En studie fra Diakonhjemmet sykehus har vist at en enkel gentest kan forebygge mangelfull effekt eller bivirkninger hos flere tusen pasienter som behandles med Norges mest brukte medisin mot angst og depresjon. Bivirkninger og mangelfull effekt er en av de største utfordringene ved medikamentell behandling av psykiske lidelser. Pasienter med varianter i gentyperen til leverenzymeret CYP2C19, skiller ut medisinen for raskt eller for sakte. Dermed får de enten for lite medisin i kroppen slik at behand-

lingen ikke virker, eller så får de for høye nivåer av medisinen i kroppen slik at forekomst av bivirkninger, som kvalme, diaré, søvnløshet og nedsatt libido, øker. En enkel og billig blodprøvebasert gentest kan forutsi hvilken dosering pasienten trenger for å oppnå effekt med minst mulig sjans for bivirkninger. Forskerne anslår at i Norge kan en slik test anslagsvis forebygge fem til ti tusen tilfeller av terapivikt med Cipralex per år.



Figur 7.4 Forskere ved Senter for Psykofarmakologi ved Diakonhjemmet sykehus gjør klar blodprøver for farmakogenetiske analyser.

Foto: Nicolas Tourenc

Kilde: Jukic, M.M. et al. (2018): Impact of CYP2C19 Genotype on Escitalopram Exposure and Therapeutic Failure: A Retrospective Study Based on 2 087 Patients. Am J Psychiatry.

Boks 7.6 Nasjonal strategi for persontilpasset medisin

Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten ble lagt fram i juni 2016. Helse- og helsedirektoratet har laget strategien i samarbeid med fagmiljøer i spesialisthelsetjenesten, Legemiddelverket og Folkehelseinstituttet, og med næringslivsaktører og brukere. Strategien inneholder forslag til 16 tiltak fordelt på områdene kompetanse og informasjon, kvalitet og fagutvikling, helseregistre, IKT og forskning og innovasjon.

Stortinget har bevilget midler til to høyt prioriterte tiltak i strategien. Det gjelder etablering av en anonym frekvensdatabase over genetiske varianter og et nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin i spesialisthelsetjenesten. Det nasjonale nettverket vil være viktig for kompetanseutvikling, nasjonalt samarbeid, implementering og spredning av persontilpasset medisin i tjenesten. Helse- og helsedirektoratet har ansvar for å koordinere oppfølgingen av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017–2021. Dette innebærer å være pådriver og å følge med på at tiltak blir iverksatt.

vårt, om mikrobiologi og om samspillet mellom genene våre og miljøfaktorer har gitt ny kunnskap om hvordan vi kan påvise, forebygge og behandle sykdom. Synkende kostnader for regnekraft, datalagring og kartlegging av arvematerialet (sekvenseringsteknologi), har gitt helsetjenesten tilgang til helt nye verktøy. Denne utviklingen omtales som persontilpasset medisin, eller også som presisjonsmedisin, molekylær medisin og systemmedisin. I Helsedirektoratets nasjonale strategi fra 2016 forstås persontilpasset medisin som diagnostikk, behandling og forebygging av sykdom basert på biologisk detaljinformasjon om individet selv eller individets sykdom.

Kreft og medfødte sykdommer som skyldes genfeil er de områdene hvor persontilpasset medisin er kommet lengst. Men det er grunn til å tro at persontilpasset medisin vil bli mer relevant og endre hvordan vi forebygger, diagnostiserer og behandler for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes og infeksjoner. Basert på kunnskap om hvordan genetikken vår påvirker nedbrytning av angstdepnende legemidler, kan en enkel gentest

gjøre at pasienter unngår bivirkninger eller får bedre effekt av medisinen (se boks 7.5).

Det er en premiss at innføringen av persontilpasset medisin skal gi et likeverdig tilbud av god kvalitet over hele landet, at den enkeltes integritet skal ivaretas, og at persontilpasset medisin skal innføres på en måte som er samfunnsøkonomisk bærekraftig og i tråd med kriteriene for prioritering. I Norge har vi derfor valgt å innføre persontilpasset medisin innenfor rammene av den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Persontilpasset medisin gir forskere og klinikere helt nye verktøy, men stiller også nye krav til kompetanse, samarbeid mellom fagområder og profesjoner og til integrasjon av forskning i pasientbehandlingen. Det kreves også nye strukturer for fagutvikling og deling av data.

7.4.2 Legge til rette for innføring av nye diagnostiske verktøy

En viktig forutsetning for å kunne gi riktig behandling til riktig pasient er at riktige molekylære tester er tilgjengelig. Dette kan være forholdsvis enkle enkeltgentester, men også paneler av flere titalls eller flere hundre gener. I en del tilfeller er helgenomsekvensering det mest hensiktsmessige. I tillegg kreves det patologer med riktig kompetanse for å kunne gi persontilpasset diagnostikk. Helseregionene skal sørge for etablering og drift av infrastruktur som kan legge til rette for utvikling og bruk av molekylære tester, genpaneler og bruk av biomarkører i forskning og persontilpasset behandling og pasientforløp som integrerer forskning og klinikk. En infrastruktur for presisjonsdiagnostikk bygges opp ved Oslo universitetssykehus for å styrke integrasjon av kreftforskning og klinikk.

Foreløpig tilbys molekylære tester gjennom forskningsstudier, men testene er på rask vei inn i rutinediagnostikk. I tillegg til å gi bedre diagnostikk, vil bedre tilgang til genetiske tester i spesialisthelsetjenesten gjøre det mer attraktivt for legemiddelindustrien å legge kliniske studier til Norge. Det vil også øke sannsynligheten for at norske pasienter kan inkluderes i kliniske studier i utlandet. Regjeringen vil vurdere behovet for eventuelle tiltak i arbeidet med handlingsplanen for kliniske studier, som skal legges fram i 2020.

Innføring av diagnostiske tester og persontilpasset medisin kan skape behov for endringer i infrastruktur og organisering og rammebetingelser som finansieringsordninger og regelverk. Oppfølgingen av den nasjonale strategien vil bidra til dette. De regionale helseforetakene har

fått i oppdrag å legge til rette for pasientforløp som integrerer forskning og klinikk, i tråd med den nasjonale strategien for persontilpasset medisin.

7.4.3 Legge til rette for kunnskapsutvikling og metodevurdering

Behandling med legemidler som er godkjent basert på randomiserte, kliniske studier, vil ofte ikke ha den samme behandlingseffekten for alle pasientene. Med bruk av genetiske tester kan man identifisere akkurat hvilke pasienter som vil ha effekt av et legemiddel innen en gruppe. Dette gjør behandlingsmetoden mer kostnadseffektiv og reduserer bruk av behandling med liten eller ingen effekt.

Kreftlegemidler har tradisjonelt blitt prøvd ut og fått markedsføringstillatelse ut fra hvor i kroppen svulsten befinner seg. Mange nye kreftlegemidler får markedsføringstillatelse basert på én indikasjon, for eksempel lungekreft. Men legemidler kan også ha en virkningsmekanisme som bekjemper én spesifikk genetisk defekt som kan føre til kreft mange steder i kroppen. Slike legemidler kan få nye bruksområder over tid. Denne utviklingen utfordrer den tradisjonelle måten å prøve ut legemidler på, hvor pasienter inkluderes i studier basert på hvor i kroppen svulsten er.

Det pågår metodeutvikling for klinisk utprøving og dokumentasjon av effekt og sikkerhet, både i industrien, blant klinikere og hos sentrale myndigheter, for å møte utviklingen. Eksempler på dette er såkalte N=1-studier, der man samler mest mulig data om den enkelte pasient for så å sammenlikne med andre (mest mulig like pasienter). Andre eksempler er såkalte «umbrella-trials» og «basket-trials», der man henholdsvis velger terapeutisk strategi ut fra mutasjon, eller tester effekten av et legemiddel på en enkelt mutasjon i en rekke svulsttyper samtidig.² Felles for disse designene er at de krever en forutgående genetisk test.

Disse nye designene utfordrer forståelsen av hva som kan regnes som utprøvende behandling til enkeltpersoner versus grupper innenfor eller utenfor studier. Dette vil påvirke skillet mellom pasientbehandling og klinisk forskning. En måte å møte denne utviklingen på er å tilrettelegge for tettere integrering av klinisk forskning i pasient-

behandlingen. Regjeringen vil i 2020 legge frem en handlingsplan for kliniske studier som særlig vil omtale studier på persontilpasset medisin og hvordan vi kan legge rette for disse.

Innføringen av persontilpasset medisin skal, som all annen pasientbehandling, skje i tråd med prioriteringskriteriene som Stortinget har sluttet seg til. Helseregionene fikk sommeren 2018 i oppdrag å utrede hvordan innføring og bruk av persontilpasset medisin kan håndteres i systemet for nye metoder. Helseregionene vil i større grad basere seg på at metoder blir innført midlertidig. Ved å følge opp effekt hos de aktuelle pasientene, kan man etter en tid ta stilling til om metoden skal videreføres for den aktuelle indikasjonen.

Innføring av nye verktøy for diagnostisering og behandling vil ofte følges av forskning på effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet. Det er mulig å følge pasientene over tid gjennom å registrere behandlingen i medisinske kvalitetsregistre. Dette omtales gjerne som real world-data-studier. Medisinske fremskritt krever klinisk forskning. Mer persontilpasset medisin vil derfor som regel gå hånd i hånd med flere kliniske studier, mer registerdata og real world-data etter innføring i pasientbehandlingen.

7.4.4 Utrede registerløsninger

Både fagmiljøer og forskningsmiljøer har tatt til orde for et nasjonalt personidentifiserbart helseregister for humane genvarianter. Et slikt arbeid er også foreslått utredet i Helsedirektoratets strategi. Dette innebærer behov for å utrede rettsgrunnlag, herunder om det bør være basert på samtykke fra den registrerte, reservasjonsrett eller lovpålagt plikt til deltakelse. Det danske Folketinget vedtok i mai 2018 å opprette «en national database over sundhedsoplysninger fra pasienter, som skal have lavet en analyse af deres gener». Den finske Riksdagen vedtok våren 2019 en tilsvarende lov.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede juridiske, tekniske og etiske sider ved behandling av genetiske helseopplysninger til helsehjelp, forskning og kvalitetssikring. Dette omfatter deling av tolkede genetiske varianter på tvers av helseforetakene når de yter helsehjelp, og nasjonal løsning for lagring og behandling av helseopplysninger fra kliniske genomundersøkelser for helsehjelp og forskning. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse.

² West, H. (2017): Novel Precision Medicine Trial Designs – Umbrellas and Baskets, JAMA Oncology.

7.5 Kultur for innovasjon og deling

Store utfordringer krever store endringer. Det krever en kultur for innovasjon og deling på tvers. Specialisthelsetjenesten er i utgangspunktet tuffet på innovasjon og utvikling i medisinfaget. Hvilke behandlingsmetoder som tilbys i dag, er svært annerledes enn for ikke mange år siden. Medisinsk fagutvikling har alltid stått sterkt og er en sterk motivasjon for klinikerne. Specialisthelsetjenesten har samtidig svakere tradisjon for innovasjon i organisering og arbeidsprosesser, deling av kunnskap på tvers og utnyttelse av innovasjonskraften som ligger i samhandlingen med næringslivet. Regjeringen legger vekt på at tjenesten i større grad må utnytte disse mulighetene.

En forutsetning for innovasjon og læring på tvers er at ansvaret er klart. Myndighetene har ansvar for å sette overordnede mål og avklare rammebetingelsene. Ansvaret for å nå disse

målene ligger hos ledere på alle nivåer i tjenesten. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring pålegger alle virksomhetene en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere – med mål om sikre og gode helsetjenester og forbedret kvalitet. Å ivareta denne plikten fordrer kontinuerlig innovasjon og læring.

Dette ansvaret må forvaltes innenfor de økonomiske rammene Stortinget har stilt til disposisjon. Plikten til å drive kvalitetsforbedring forutsetter at helseforetakene systematisk setter av ressurser til å drive innovasjon og utviklingsprosjekter. Forventningen om at innovasjon skal finansieres i tillegg til vedtatte budsjettammer, eller av noen andre, fremmer ikke innovasjon eller læring. Det bidrar heller til å befeste en kultur der innovasjon og utvikling i praksis blir noen andres ansvar. Velkjente utfordringer knyttet til å gå fra pilotering til ordinær drift, kan til dels være uttrykk for en slik kultur. Å drive utviklingsarbeid



Figur 7.5 Mål bilde HelseOmsorg21

av organisering og arbeidsprosesser må bli en like naturlig del av foretakenes opplevde ansvar som å drive løpende pasientbehandling.

Flere av helseforetakene har satt av dedikerte midler til innovasjon. I flere helseregioner er det etablert idémottak, og helseregionene setter av egne midler til utlysning av innovasjonsprosjekter. Flere av disse har også etablert årlige innovasjonspriser og stipend i egen region. Det er utviklet en indikator for å måle innovasjonsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Innovasjon vil inngå i det nasjonale målesystemet i helseforetakene fra 2020.

Det er etablert flere virkemidler som også bidrar til å stimulere til innovasjon i helse- og omsorgstjenesten. Disse omfatter forsknings- og innovasjonsprogrammer og satsinger gjennom blant annet Norges forskningsråd og Innovasjon Norge, og særskilte nettverk og programmer som InnoMed og Nasjonalt velferdsteknologiprogram. InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgstjenesten. Fra 2019 ligger ansvaret for InnoMed i de regionale helseforetakene, i et tett samarbeid med KS.

For å sikre gode løsninger og en mer effektiv ressursbruk bør innovasjonskraften både i tjenesten og i næringslivet utnyttes i større grad. Politikk og tiltak for å bidra til at innovasjonskraften, kompetansen og ressursene i næringslivet i større grad skal gi gevinster for helse- og omsorgstjenesten er omtalt i Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester. Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være en attraktiv utvik-

lingspartner for næringslivet, men samtidig være en krevende kunde og stille høye krav til dokumentasjon. Det kreves profesjonalitet og forutsigbarhet i disse rollene. Innovasjon må samtidig skje desentralisert – i samhandlingen mellom de som eier behovene, det vil si de som yter tjenestene, pasientene som mottar dem, og de som kan lage løsningene – ofte private leverandører av teknologi. I tillegg må tjenesten ha et bevisst forhold til hvordan den samhandler med markedet.

Gjennom en stortingsmelding om innovasjon i offentlig sektor vil regjeringen bidra til en mer felles, helhetlig nasjonal politikk for hvordan vi skal tilrettelegge for innovasjon i offentlig sektor. Målet er videre å bidra til en brukerrettet og effektiv offentlig sektor gjennom å øke innovasjonsevnen, innovasjonstakten og således omfanget av innovasjon i offentlig sektor. Stortingsmeldingen skal legges frem våren 2020.

Regjeringen har lagt frem flere stortingsmeldinger som er viktige for prioritering av forskning, innovasjon og næringsutvikling innenfor helse og omsorg. Målene og tiltakene er i tråd med prioriteringene i HelseOmsorg21-strategien og regjeringens handlingsplan for oppfølging av denne. HelseOmsorg21-rådet ble i første omgang etablert for en fireårsperiode som en del av oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien. Rådet vil videreføres som en samhandlingsarena, men med noen endring i sammensetting og mandat. Dette skal bidra til at rådet blir en enda sterkere pådriver og premissleverandør for arbeidet med helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde og i folkehelsearbeidet.

Boks 7.7 Regjeringen vil

- angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og tilpasse nasjonale rammebetingelser til nye måter å yte tjenester på
- at helseforetakene i sine neste utviklingsplaner setter egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene
- at helsedata i større grad enn i dag skal kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp
- videreføre arbeidet med å legge til rette for persontilpasset medisin

8 Digitalisering – en forutsetning for pasientens helsetjeneste

Boks 8.1 Hvor vil vi?

Målene for digitalisering er knyttet til målene for pasientbehandling. Moderniserte journal-systemer bidrar til bedre informasjonsdeling og mer effektive arbeidsprosesser. Det er etablert digitale samhandlingsløsninger som sikrer kommunikasjon både internt i og mellom kommuner og sykehus i helhetlige pasientforløp. Pasienter og helsepersonell opplever at de digitale systemene gjør hverdagen enklere og tryggere.

Det er avklart hvilke digitale forutsetninger som må på plass for å realisere pasientens helse-

tjeneste, og hvem som skal gjøre hva i hvilken rekkefølge. Begrensede kompetansmiljøer utnyttes godt på tvers av aktører. Det er tydelig nasjonal styring av digitaliseringen.

Befolkningen har tillit til at helsetjenesten både ivaretar deres personvern og tar i bruk de mulighetene teknologien gir for å utvikle bedre tjenester. Det er en god sikkerhetskultur der både personell og pasienter har forståelse for hvordan de skal bidra til digital sikkerhet og hva deres personlige ansvar for dette er.

8.1 Innledning

Nesten alle arbeidsprosesser i helsetjenesten har et digitalt avtrykk – informasjon om pasienten skrives inn i pasientjournalen, informasjonen sendes mellom sykehus, kommuner og fastleger i elektroniske meldinger, leger studerer røntgenbilder på PC-skjermen, sykepleierne noterer i den elektroniske kurven hvilke legemidler pasienten har fått på sykehus, og pasientene kan i økende grad kommunisere digitalt med helsetjenesten. At informasjonen er tilgjengelig og følger pasienten, er en sentral forutsetning for å kunne tilby helhetlige og sammenhengende helsetjenester på tvers av aktører og ansvarsnivå. Digitalisering gjør det også mulig å flytte tjenester nærmere pasienten, og i tillegg utvikle mer avanserte tjenester basert på de store mengdene helsedata som samles inn. Selv om digitalisering er utløst av fremskritt innen informasjonsteknologi, handler digitalisering først og fremst om endringer i arbeidsprosesser. Å anskaffe et IKT-system er «enkelt» – å endre arbeidsformer, organisering og kultur for å realisere de potensielle gevinstene knyttet til IKT-systemet, er ikke like enkelt, jf. boks 8.2.

Ansvar for å yte helsetjenester ligger hos helseregionene og i kommunene. Pasientene har rett til gode og forsvarlige helsetjenester. Det krever at tjenestene utvikles i takt med kunnskapen om hva som kan sies å være gode helse- og

omsorgstjenester. Gode helse- og omsorgstjenester forutsetter i praksis at arbeidsprosesser og informasjonsdeling støttes av digitalisering. Hovedansvaret for digitalisering ligger derfor hos sykehus og kommuner, og hos private med offentlig avtale, innenfor de økonomiske rammer som Stortinget har stilt til disposisjon. Det er samtidig en ubalanse mellom behovet for å desentralisere ansvaret for å yte helsetjenester og behovet for å sentralisere ansvaret for grunnleggende digitale infrastrukturer, fellesløsninger og standarder. Stortinget sluttet seg derfor allerede i 2013 til målet om sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren, jf. boks 8.3.

Det har skjedd fremskritt knyttet til digitalisering av helse- og omsorgstjenesten siden Stortinget behandlet meldingen om Én innbygger – én journal, men mye gjenstår. Mange av systemene kan fremdeles ikke snakke godt sammen, og informasjon som lagres lokalt på ett sykehus, er ofte ikke tilgjengelig for andre sykehus eller i kommunen. Når helsepersonellet ikke har tilgang til oppdatert og relevant informasjon, kan det gå ut over pasientsikkerheten og føre til at ressursene ikke benyttes på en hensiktsmessig måte. Det skaper frustrasjon hos både personell og pasienter. Digitalisering har gitt oss både store gevinster og store frustrasjoner, samtidig som vi bare har begynt å realisere det enorme potensialet for

Boks 8.2 Helseplattformen viser hva som kreves når vi digitaliserer tjenesten

Digitalisering er utløst av teknologi, men handler mest av alt om organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser. Erfaringene fra Helseplattformen i Midt-Norge illustrerer dette. Prosjektet Helseplattformen skal innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Journalen skal følge pasienten i alle møter med helsetjenesten. Det er første gang det etableres en felles løsning for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister. Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge utprøvningsregion for det nasjonale målbildet En innbygger – én journal. Helseplattformen skal gi økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, mer brukervennlige systemer og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre oppgavene på en bedre og mer effektiv måte. I arbeidet med Helseplattformen legges det vekt på å lære av erfaringer fra tilsvarende arbeid, blant annet Sundhedsplattformen i Danmark og Apotti i Finland som innfører løsning fra samme leverandør.

I tillegg til innføring av selve teknologien, handler mye av arbeidet om forbedring av datakvalitet, standardisering av faglig innhold og arbeidsprosesser og utvikling av styringsstruktur. Noen kjente utfordringer er:

- Felles forståelse av data: Innføring av nytt laboratoriesystem i Helse Midt-Norge medfører tekniske integrasjoner mellom sykehus-systemer og fastlegesystemer slik at data kan sendes mellom disse. Manglende standardisering i utveksling av data, manglende «felles språk», manglende grunndata og forskjellig presentasjon gjør likevel at fastlege og sykehuslege ikke vil se det samme på sine skjermer.

- Klinikere opplever dobbelregistrering av data til journal og helseregisterformål grunnet manglende standarder og forskjellige løsninger.
- Standardisering av arbeidsprosesser: 200 fagekspertter fra hele helsetjenesten i Midt-Norge deltar i prosjektgrupper som bestemmer konkret hvordan arbeidsprosessene og innholdet i Helseplattformen skal standardiseres. Dette betyr etablering av beste kliniske praksis. Dette er første gang fagmiljøer på tvers av tjenesten setter seg sammen og blir enig om konkrete, faglige standarder i dette omfanget. Arbeidet viser at det på flere områder er uønsket variasjon og at nasjonale retningslinjer blir fortolket forskjellig. Dette viser at det ikke er tilstrekkelig å innføre en IKT-løsning for å forbedre og digitalisere, men at det må jobbes med en lang rekke andre forhold som standardisering, styring, ledelse og kulturutvikling på tvers av organisasjoner.
- Utvikling av styringsstruktur på tvers av nivå: Innføring av IKT-løsningen berører arbeidsprosesser og organisering på tvers av helseforetak, avtalespesialister, fastleger og ulike kommunale tjenester. Det fordrer at alle berørte parter blir involvert i beslutningsprosessen, samtidig som fremdrift krever at det blir tatt beslutninger. I Helseplattformen tar spesialisthelsetjenesten et særskilt ansvar for å lede prosessen, samtidig som det har vært avgjørende å utvikle en felles styringsstruktur med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet har ca. 700 millioner kroner i nasjonal finansieringsbistand (lån og tilskudd).

bedre helsetjenester som følger av digitaliseringen.

For å lykkes mener regjeringen at to overordnede grep er avgjørende:

- Tydeligere mål for digitaliseringen. Verdien av digitaliseringen ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. I Nasjonal helse- og sykehusplan presenterer regjeringen et mål bilde for pasientbehandlingen de neste årene. Dette målbildet skal være førende for gjennomføring av digitaliseringstiltak.

- Tydeligere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen. Regjeringen vil ta større ansvar for å sette retning og rammer for IKT-utviklingen – både gjennom styring av etater og helseregioner, samarbeid med kommunesektoren, bruk av regulering og normering, og budsjettforslag. Det betyr ikke at alt skal bestemmes nasjonalt, men at rammen for det lokale handlingsrommet og oppdraget til både tjenesten og forvaltningen må bli tydeligere.

Avsnitt 8.2 redegjør for hvilke mål digitaliseringen skal støtte, avsnitt 8.3 redegjør for status for digitaliseringstiltak, avsnitt 8.4 drøfter hvilke digitaliseringstiltak som er de viktigste å gjennomføre i planperioden 2020–2023, og avsnitt 8.5 drøfter gjennomføring.

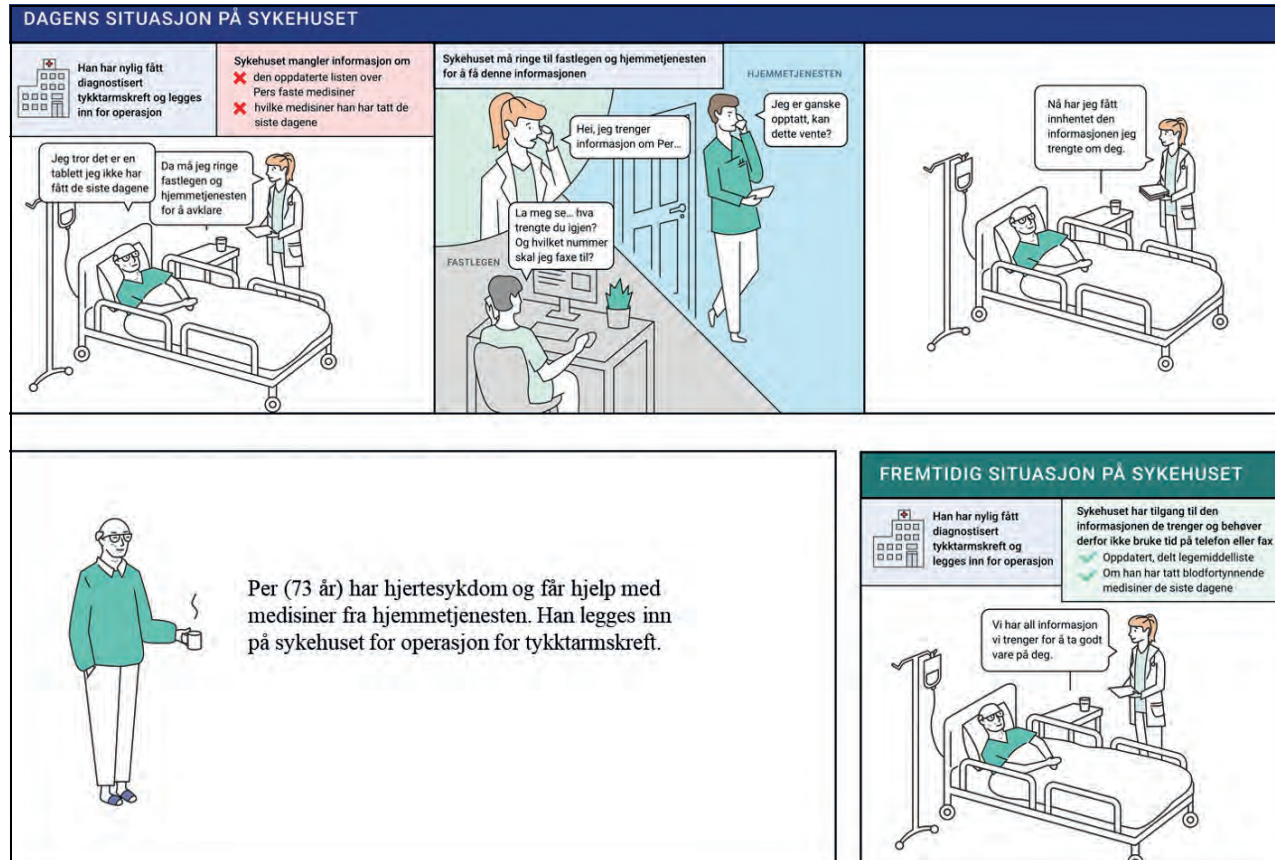
8.2 Mål for digitaliseringen

De overordnede målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten, som Stortinget vedtok i 2013, ligger fast, jf. boks 8.3. Gjennomføring og prioritering av konkrete digitaliseringstiltak må imidlertid knyttes til målene for utvikling av pasientbehandlingen og helsetjenesten. Digitalisering må forstås som en integrert del av utviklingen av helsetjenesten, og ikke som en aktivitet «i tillegg til», eller «på siden av». Verdien av digitalisering ligger i hva den gjør for tilbudet til pasientene og arbeidshverdagen til helsepersonellet. Digitaliseringen skal bidra til realiseringen av pasientens helsetjeneste, og er ikke et mål i seg selv.

Regjeringen presenterer i Nasjonal helse- og sykehusplan et overordnet mål bilde for utviklingen av pasientbehandlingen for de neste fire

årene, jf. kapittel 1. Dette målbildet bygger på innspill fra pasienter, helsepersonell, kommuner, sykehus og direktorater. Målbildet vil sette retning og ramme for gjennomføring og prioritering av konkrete digitaliseringstiltak. Pasientens helsetjeneste er kjennetegnet ved at:

- Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar
- Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem
- Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede, der innsats settes tidlig inn og informasjonen følger pasienten hele veien
- Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv
- Pasientene opplever at bruk av våre felles helsedata ved hjelp av teknologi gir bedre og mer presis helsehjelp
- Helsepersonellet jobber i team rundt pasientene og utvikler tjenesten i tråd med ny teknologi og kunnskap om hva som virker
- Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte.
- Vi lærer av hverandre



Figur 8.1 Hvordan oppleves tjenesten av pasientene når vi har lykket?

Kilde: Direktoratet for e-helse

Boks 8.3 Én innbygger – én journal

Behovet for raskere, bedre styrt og mer samordnet digitalisering har vært kjent lenge. Allerede i 2013 fastsatte Stortinget tydelige mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten gjennom behandlingen av meldingen om Én innbygger – én journal (Meld. St. 9 (2012–2013)). Målene var:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Stortinget sluttet seg til beskrivelsen av utfordringsbildet og de sentrale strategiske grepene i meldingen:

- Utrede én journal
- Nye digitale tjenester for pasienter og brukere – «Min helse» på nett
- Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren
- Fullføre igangsatte tiltak

Som oppfølging av meldingen om Én innbygger – én journal samarbeidet de sentrale aktørene i 2014–2015 om en utredning av hvordan de overordnede målene kunne realiseres. En rapport fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse fra januar 2016 anbefalte at en felles nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten bør være målbilde og utviklingsretning, og at en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester bør være startpunktet for

utviklingsretningen. En felles nasjonal løsning betyr ikke ett system fra én leverandør, men kan bestå av flere systemer som til sammen utgjør en helhet. Våren 2016 fikk Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å være et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet, og Helseplattformen fikk status som regionalt utprøvningsprogram.

Direktoratet for e-helse la i 2017 frem et veikart med anbefalinger for den samlede gjennomføringen av én innbygger – én journal med tre strategiske og parallelle tiltak: 1) videreutvikling av eksisterende regionale journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i helseregionene Nord, Vest og Sør-Øst, 2) etablering av Helseplattformen som en regional fellesløsning i helseregion Midt-Norge og 3) etablering av helhetlig samhandling og felles kommunal journal.

Direktoratet for e-helse har i 2018 gjennomført en konseptvalgutredning for å løse behovene i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Midt-Norge, og for samhandlingen med øvrig helsetjeneste. Utredningen anbefalte konseptet helhetlig samhandling og felles journal i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse arbeider i 2019 videre med et forprosjektet som skal utrede strategier for gjennomføring, organisering og finansiering. Det skal legges vekt på en stegvis gjennomføring for å redusere risiko, kompleksitet og kostnader. Forprosjektet har fått navnet Akson. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en eventuell beslutning i forbindelse med ordinære budsjettprosesser.

8.3 Status for digitalisering

Det har skjedd fremskritt knyttet til digitalisering siden Stortinget behandlet meldingen Én innbygger – én journal. Elektroniske meldinger har på flere områder erstattet papirbaserte meldinger og journalsystemene er i stor grad digitaliserte. Samtidig opplever pasienter og helsepersonell at IKT-systemene ikke henger godt sammen, og at ønsket utvikling av helsetjenesten og gjennomføring av digitaliseringstiltak ikke alltid går i takt. Regjeringen har derfor jobbet målrettet med å følge opp de sentrale strategiske grepene som er lansert i meldingen Én innbygger – én journal:

- realisering av målbildet én innbygger – én journal gjennom tre parallelle tiltak, jf. boks 8.3
- innføring av stadig flere digitale innbyggerløsninger
- utvikling av fellesløsninger, bl.a. knyttet til legemidler, helsedata og terminologi
- videreutvikling av helsenettet som en sikker og robust digital infrastruktur i helse- og omsorgssektoren
- etablering av Direktoratet for e-helse. Direktoratet skal styrke digitaliseringen og legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig e-helseutvikling
- etablering av en nasjonal konsensusbasert styringsmodell på e-helseområdet der alle sen-

trale aktører i helse- og omsorgstjenesten deltar

- ny rolle for Norsk helsenett SF. Norsk helsenett SF styrkes som nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet og overtar fra 1. januar 2020 ansvaret for eksisterende nasjonale e-helseløsninger som kjernejournal, e-resept og helsenorge.no

Den teknologiske utviklingen vil i årene framover gi mulighet for å innføre nye samhandlingsformer som dokumentdeling (omtales ofte som deling av og tilgang til ferdigstilte dokumenter) og data-

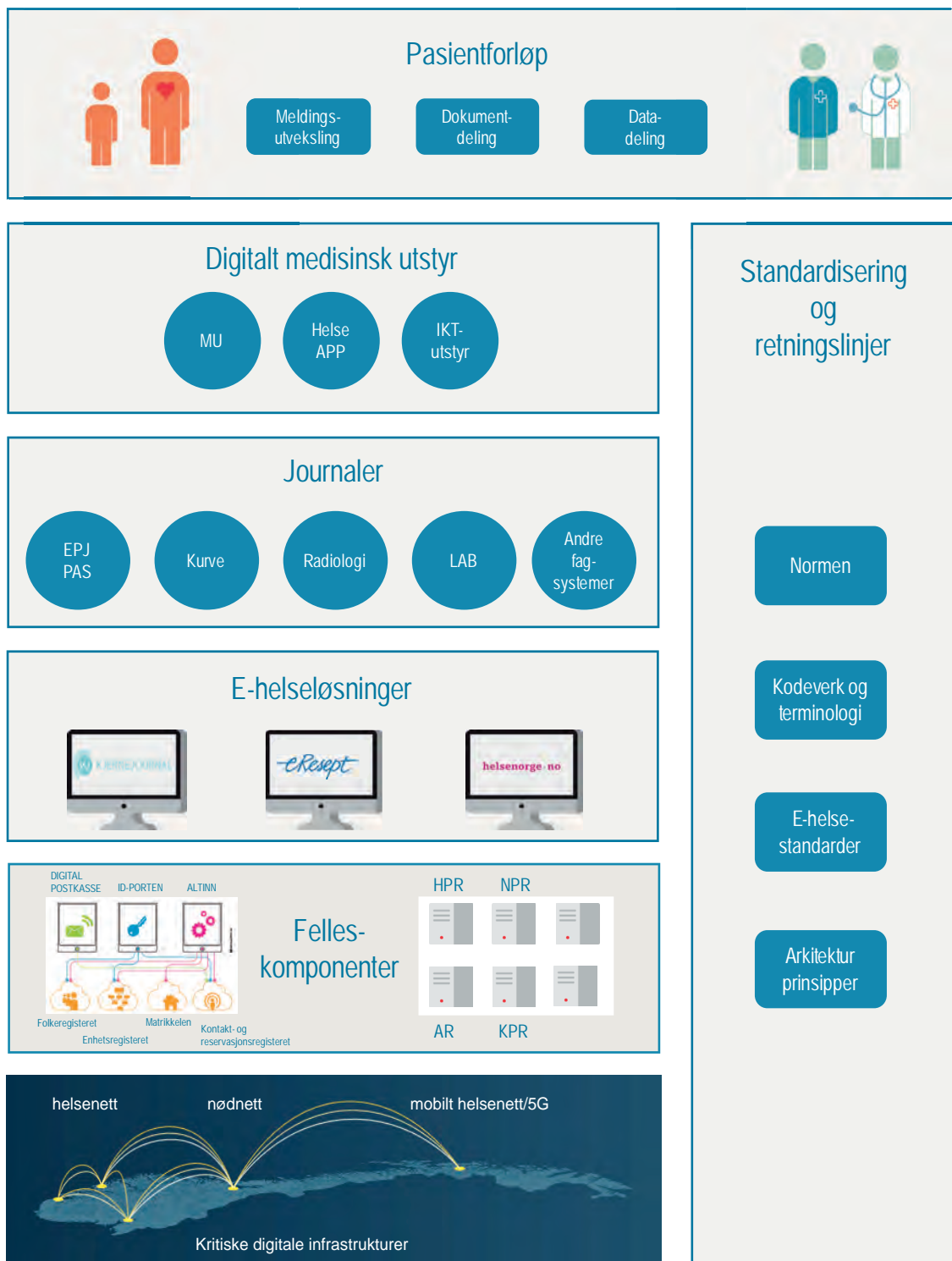
deling (omtales ofte som deling av strukturert informasjon). Disse samhandlingsformene forutsetter samtidig standardisering, høy kvalitet på grunndata, robust digital infrastruktur, utveksling eller deling av journalinformasjon og felles retningslinjer for å fungere på tvers av systemer og aktører i tjenesten. Å lykkes med neste etappe i digitaliseringen, forutsetter at det blir tydeligere hvem som har ansvar for hva. I det videre digitaliseringsarbeidet er det derfor viktig både å vite hva som trengs og hvem som har ansvaret for å skaffe det til veie, jf. boks 8.4.

Boks 8.4 Hva trengs og hvem har ansvaret?

I en digitalisert helsetjeneste trengs seks hovedkategorier av digitaliseringstiltak:

1. Digital infrastruktur og sikkerhet: Infrastruktur for deling av informasjonen om pasientene, dvs. fastnett (herunder helsenett) og mobile nett (herunder nødnett, 5G og robust mobilt helsenett). Tjenesteyterne har ansvar for sikkerhet i sine systemer, mens nasjonale myndigheter har overordnet ansvar for å sikre at infrastrukturen er robust og sikret mot IKT-angrep, med god kapasitet og oppe-tid.
2. Nasjonale felleskomponenter: Grunndataregister, portaler og andre felleskomponenter som gjenbrukes på tvers av løsninger og tjenester, herunder Folkeregisteret, Matrikkelen, ID-porten, Altinn, Digital postkasse til innbyggere, Enhetsregister, og Kontakt- og reservasjonsregisteret. I tillegg finnes sektorspesifikke felleskomponenter som for eksempel Adresseregisteret (AR), Helsepersonellregisteret (HPR), HelseID, Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). En rekke statlige myndigheter har det overordnede ansvaret for de nasjonale felleskomponentene.
3. Nasjonale standarder og retningslinjer: Nasjonale IKT-krav og faglig normering om digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Dette kan være e-helsestandarder, krav til informasjonssikkerhet, kodeverk og terminologi og arkitekturprinsipper som skal legge til rette for effektiv og sikker elektronisk samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse har hovedansvar for å koordinere og sette rammene for dette.
4. Nasjonale e-helseløsninger: Digitale fellestjenester, herunder helsenorge.no, kjernejournal og e-resept, som gjør det mulig for tjenesteytere å samhandle digitalt gjennom et pasientforløp, samt å gi innbyggere tilgang til digitale tjenester. Direktoratet for e-helse utarbeider strategier og planer for videreutvikling av de nasjonale e-helseløsningene. Norsk Helsenett SF skal forvalte, drifte og videreutvikle nasjonale e-helseløsninger. Regionale helseforetak, helseforetak, kommuner og fastleger har ansvar for å ta i bruk de etablerte e-helseløsningene.
5. Journalsystemer: Systemene som lagrer og behandler informasjonen knyttet til pasientbehandlingen, herunder pasientjournal, pasientadministrative system, kurve-, radiologi- og laboratoriesystemer, og andre fagsystemer (eksempelvis føde og kreft). De som har ansvaret for å yte helsetjenestene, det vil si sykehus og kommuner, har ansvaret for å anskaffe og drifte disse systemene innenfor de rammene som myndighetene fastsetter.
6. Digitalt medisinsk utstyr: Alle enkeltstående IKT-systemer, medisinsk utstyr og helseapper hvor informasjon eller målinger registreres i journalsystemene, enten ved fysisk tilkobling, via intranettet eller internett. Regionale helseforetak, helseforetak, kommuner og fastleger har ansvar for å anskaffe og drifte disse løsningene innenfor de rammene som myndighetene fastsetter. Kapittel 7 drøfter hvordan teknologien kan bidra til å videreutvikle helsetjenesten.

Boks 8.4 forts.



Figur 8.2 Hva trengs og hvem har ansvaret

8.4 Hvilke digitaliseringstiltak er de viktigste å gjennomføre?

Realiseringen av pasientens helsetjeneste krever endringene i måten oppgavene løses på, jf. øvrige kapitler i denne meldingen. Mange av disse endringene forutsetter gjennomføring av digitaliseringstiltak. Noen av disse tiltakene bør gjennomføres i planperioden 2020–2023, mens andre vil strekke seg utover planperioden. Tiltakene må imidlertid henge sammen, og gjennomføringen må være godt koordinert på tvers av tiltak og aktører. Gjennomføringen av tiltakene vil avhenge av det økonomiske handlingsrommet i budsjettene. Regjeringen vil gjennomføre tiltak langs syv akser:

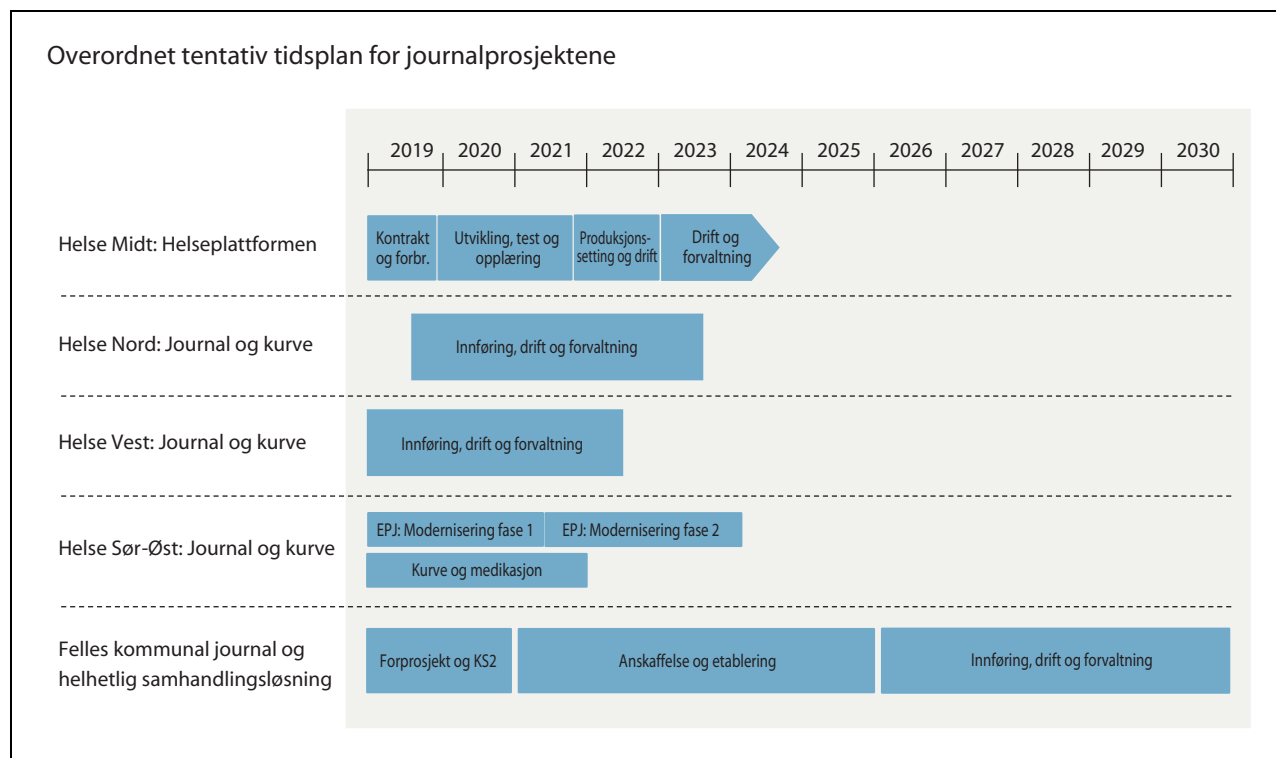
1. videreføre arbeidet knyttet til modernisering av journalsystemene
2. videreutvikle digital infrastruktur og arbeidet med IKT-sikkerhet
3. innføre og utvikle nødvendige nasjonale e-helsesløsninger og standarder
4. gjennomføre tiltak for bedre kvalitet på og tilgjengelighet til helsedata
5. øke samordningen av helseregionenes IKT-utvikling
6. understøtte digitaliseringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

7. videreutvikle de nasjonale virkemidlene for styring og samordning på e-helseområdet

8.4.1 Modernisering av journalsystemene

Modernisering av journalsystemene vil gi store gevinster for pasientbehandlingen, og skal gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon uavhengig av hvor pasienten har fått behandling tidligere. Når journalene lagrer opplysninger om pasienten på en strukturert og standardisert måte, gir det rom for å lage avanserte beslutningsstøtteverktøy som vi ikke har i dag. Veikartet for modernisering av journalsystemene ligger fast, se boks 8.3 om én innbygger – én journal.

En integrert del av arbeidet med å modernisere journalsystemene er utvikling av bedre løsninger for samhandling mellom sykehus, fastleger, pleie- og omsorgstjeneste og andre kommunale tjenester. I Helse Midt-Norge er dette en integrert del av Helseplattformen. Akson-prosjektet skal utrede både en felles journalløsning for kommunene utenfor Midt-Norge og løsninger som skal gi bedre samhandling i hele helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen tar sikte på å komme tilbake til Stortinget i 2020 med en tilråding om oppfølging av forprosjektet. Samtidig vil ikke en eventuell ny felles kommunal journal og



Figur 8.3 Overordnet tentativ tidsplan for journalprosjektene

Kilde: Regionale helseforetak og Direktoratet for e-helse

nye samhandlingsløsninger kunne innføres før i andre halvdel av 2020-tallet. Sykehus og kommuner i helseregionene Vest, Nord og Sør-Øst må derfor de neste årene forbedre samhandlingen gjennom videreutvikling av dagens digitale samhandlingsløsninger, herunder meldingsutveksling og bruk av kjernejournal, jf. avsnitt 8.4.3. Videreutvikling og innføring av mange nasjonale felleskomponenter, standarder og e-helseløsninger vil uansett være viktige forutsetninger for å kunne realisere Akson. Dette arbeidet må derfor fortsette de nærmeste årene.

Beslutninger om investeringer i samhandlingsløsninger på kort og lengre sikt bør så langt som mulig være konsistente, slik at risikoen for feilinvesteringer reduseres. En sentral del av forprosjektet for Akson er derfor å vurdere mulig gjenbruk av eksisterende nasjonale e-helseløsninger. Forprosjektet skal ferdigstilles vinteren 2020, og vil legge til rette for at det så raskt som mulig kan tas beslutninger om hvilke samhandlingsløsninger som skal brukes, både på kort og lang sikt, og hvor mye av dagens løsninger som kan gjenbrukes. Utvikling av samhandlingsløsningene, både dagens og fremtidige, krever uansett at nødvendige felleskomponenter og regelverk videreutvikles i de kommende årene, at helseregionene samordner moderniseringsarbeidet mer enn i dag, og at digitaliseringsarbeidet i kommunene styrkes.

8.4.2 Videreutvikling av digital infrastruktur og arbeidet med IKT-sikkerhet

Målbildet for pasientbehandling i Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at informasjonen om pasientene behandles på en trygg og sikker måte. Pasienter og innbygger skal ha tillit til at opplysninger ikke kommer på avveie og at uvedkommende ikke får tilgang. Helsepersonell som trenger informasjonen må få tilgang til den raskt og enkelt, og de må ha tillit til at opplysningene er korrekte, oppdaterte og fullstendige.

Det er behov for at informasjon om pasientene overføres trygt gjennom en digital infrastruktur. Etter regjeringens syn har vi et godt utgangspunkt for å sikre den digitale infrastrukturen i Norge. Samtidig øker sårbarheten. Stadig mer informasjon utveksles mellom stadig flere personer, og flere tjenester leveres fra regionale eller nasjonale datasenter. Når data ligger sentralt, er

det helt avgjørende for brukeren at tjenestene er tilgjengelig. Det er samtidig viktig med en god styring av hvem som har tilgang til hvilke opplysninger i de ulike tjenestene. Tjenestene som helsepersonellet er helt avhengig av, krever 24/7 oppe-tid – nettverk og tjenester for liv og helse må være det siste som går ned. Dette må fremtidens infrastruktur ta høyde for.

Sårbarheten for digitale angrep og datainnbrudd øker samtidig som de potensielle negative konsekvensene av sikkerhetsbrudd blir større. Helse Sør-Øst opplevde i januar 2018 dataangrep. Denne uautoriserte tilgangen kunne ha blitt brukt til å stjele eller kompromittere pasientopplysninger. Dette viser behovet for modernisert digital infrastruktur som er robust mot digitale angrep, og understøtter den elektroniske samhandlingen.

Det digitale sikkerhetsarbeidet må samtidig sees i et helhetlig perspektiv, på tvers av sektorene, og i sammenheng med det øvrige arbeidet for samfunnssikkerhet. Det er derfor avgjørende at alle aktører, både offentlige og private, samarbeider om å møte de digitale sikkerhetsutfordringene. I 2019 har regjeringen lansert en ny nasjonal strategi for digital sikkerhet. Strategien legger grunnlaget for å gjøre det digitale Norge enda tryggere. Som en del av strategien følger også 10 grunnleggende anbefalinger som alle norske virksomheter bør iverksette. Tiltakene gir alle norske virksomheter et godt utgangspunkt for hva de bør tenke på i sitt sikkerhetsarbeid – uavhengig av størrelse, modenhet og kompetanse,

Innsatsen for å videreutvikle digital infrastruktur og arbeidet med sikkerhet i helsetjenesten er sentrert rundt fem hovedspor:

1. systematisk bygging av sikkerhetskultur i helseforetakene og kommunene i tråd med anbefalinger fra nasjonale sikkerhetsmyndigheter
2. kontinuerlig utvikling av helsenettet og fremtidig mobilt helsenett for å sikre tilgang til robuste tjenester og nødvendig kapasitet
3. kontinuerlig utvikling av HelseCERT sin rolle i å bekjempe data- og IKT-relatert kriminalitet, i samarbeid med justismyndighetene
4. utarbeidelse av veiledere og retningslinjer, for eksempel Normen, for håndtering av risiko og sårbarheter i kritisk digital infrastruktur og IKT-systemer
5. systematisk forebygging og håndtering av digitale angrep i tråd med nasjonal helseberedskapsplan

8.4.3 Innføre og utvikle nødvendige nasjonale e-helseløsninger og standarder

En rekke digitale forutsetninger må innfris for at målbildet for pasientbehandling i Nasjonal helse- og sykehusplan, jf. avsnitt 8.2, skal realiseres. Mye vil bli bedre når de store prosjektene for modernisering av journalsystemene blir realisert. Både i påvente av nye journalløsninger og som nødvendige forberedelser til at de kan tas i bruk, vil regjeringen gjennomføre digitaliseringstiltak i planperioden. Dette er knyttet til utvikling av nødvendige nasjonale felleskomponenter, videreutvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger og fastsettelse av regelverk. Hvor raskt tiltakene kan gjennomføres vil avhenge av det økonomiske handlingsrommet til de som har ansvaret for de ulike tiltakene i planperioden. Foruten modernisering av journalsystemene mener regjeringen at de viktigste digitaliseringstiltakene i planperioden er:

1. *Innføre nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog.* Utveksling av krypterte og standardiserte meldinger er den mest brukte samhandlingsformen i helse- og omsorgssektoren i dag. Antall meldinger som sendes i Norge øker hvert år, og erstatter på flere områder telefon, brev og faks, og forenkler og forbedrer dialogen mellom helsepersonell. Regjeringen foreslår forskriftsendringer i forskrift om IKT-standarder for å bidra til at standarder følges, jf. høringsnotat om ny e-helselov.
2. *Videreutvikle kjernejournal med ny funksjonalitet* som tilgjengeliggjøring av journaldokumenter (dokumentdeling) på tvers av virksomheter, regioner og nivåer. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF arbeider med å tilrettelegge for at deres dokumenter kan deles gjennom kjernejournal. På den måten kan helsepersonell i sykehus, fastleger og legevakt få enkel og sikker tilgang til nødvendig informasjon som epikriser, henvisninger, radiologi, prøvesvar og annen viktig klinisk informasjon. Etter hvert som kommunene tar i bruk kjernejournal, kan helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste få tilgang disse viktige opplysningene fra sykehusene. Regjeringen vil be helseregionene i samarbeid med Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenet SF og kommunesektoren om å utarbeide en samlet tidsplan for denne utviklingen.
3. *Innføre kjernejournal i kommunene* for å bedre samhandlingen og pasientsikkerheten. Ver-

dien av kjernejournal er størst når flest mulig aktører i helse- og omsorgstjenesten bruker den. Kjernejournal er i dag innført på alle sykehus, legevakter og ved 90 prosent av fastlegekontorene. Det er viktig at resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten kobles på for å oppnå mer helhetlig samhandling. Helse- og omsorgsdepartementet vil støtte innføringsarbeidet i kommunene blant annet gjennom å ta i bruk nye samarbeidsmodeller og videreutvikle samarbeidet med KS. Videre foreslår departementet en plikt for kommunene til å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelig for bruk gitt at nødvendige forutsetninger er på plass, jf. høringsnotat om ny e-helselov.

4. *Innføre felles legemiddelliste for pasienten.* Feil legemiddelbruk er blant de viktigste årsakene til pasientskader. Regjeringen arbeider med å få på plass en felles nasjonal oversikt over pasientenes legemiddelbruk, som er tilgjengelig for pasienten selv og helsepersonell i hele helse- og omsorgssektoren – pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste skal bygge videre på de etablerte nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept og multidose, og skal realiseres stegvis hvor gevinster i form av bedre legemiddelhåndtering tas ut underveis. I dette arbeidet står også tiltak for å standardisere informasjon sentralt.
5. *Starte innføring av nasjonalt standardisert språk* for strukturering av informasjon i journalsystemene i helse- og omsorgstjenesten. Et felles, standardisert språk skal bidra til bedre samhandling ved at helsefaglige opplysninger kan dokumenteres, formidles og forstås på en entydig måte. Helseplattformen i Midt-Norge har vedtatt at de skal benytte det standardiserte språket SNOMED CT, og vil være nasjonal utprøvningsarena i planperioden.

Innenfor retningen og rammene som regjeringen fastsetter, har Direktoratet for e-helse ansvar for å koordinere gjennomføringen av de nasjonale digitaliseringstiltakene. Direktoratet skal gjøre dette i samarbeid med regionale helseforetak og KS i den konsensusbaserte styringsstrukturen som er etablert for nasjonale digitaliseringstiltak, herunder nasjonalt e-helsestyre. Brukere og representanter for fastlegene deltar også i nasjonalt e-helsestyre. Det er i tillegg viktig at muligheten for innovasjon i næringslivet inngår i vurderingen av hvordan nasjonale e-helseløsninger og standarder skal implementeres.

8.4.4 Bedre kvalitet på og tilgang til helsedata

Kombinasjonen av store mengder helsedata og avansert informasjonsteknologi gir store muligheter til å yte bedre og mer persontilpasset behandling. Pasientene skal oppleve at bruk av våre felles helsedata ved hjelp av teknologi gir bedre og mer presis helsehjelp. Regjeringen vil ta disse mulighetene i bruk, jf. kapittel 7. I kapittel 7 ble det redegjort for enkelte juridiske problemstillinger som departementet vil utrede nærmere. Departementet har i tillegg gitt Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk, i samarbeid med de regionale helseforetakene, i oppdrag å gjennomgå nasjonale rammebetingelser, herunder juridiske og digitale forutsetninger, for bruk av kunstig intelligens. Dette arbeidet vil pågå gjennom planperioden. Samtidig vil verdien av kunstig intelligens og helseanalyse avhenge av kvaliteten på dataene som brukes. Det er allerede nå mulig å peke på noen sentrale forutsetninger knyttet til helsedata:

- Helsedata må registreres og lagres på en entydig måte slik at gjenbruk av helsedata fra flere kilder blir enklere. Modernisering av journal-systemene sammen med arbeidet med felles språk, er viktige forutsetninger for å forbedre kvaliteten på norske helsedata. Arbeidet er langsiktig, men innrettet slik at det vil skape nytte underveis, gjennom økt bruk og harmonisering på stadig nye faglige områder. Helse-regionene skal styrke den felles innsatsen for å harmonisere helsedata.
- Helsedata må gjøres tilgjengelig på tvers av helseregistre og andre kilder for helsedata. Departementet har i 2019 gjennomført en høring av et forslag om tilgjengeliggjøring av helsedata med endringer i helseregisterloven m.m. Forslagene gjelder tilgjengeliggjøring av helseopplysninger og andre helsedata i helseregistre til bruk i statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Helseanalyseplattformen skal etableres som en nasjonal infrastruktur for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata. Plattformen skal gjøre det enklere å få tilgang til helsedata og legge til rette for avanserte analyser på tvers av ulike datakilder som helseregistre, grunndata, journaler og andre kilder til helseopplysninger. Samtidig skal personvernet styrkes gjennom bedre innsynstjenester, bedre muligheter til å gi og trekke samtykker og

bedre sporing av bruken av opplysningene. Etablering av Helseanalyseplattformen vil skje gjennom en stegvis utvikling, og i første omgang vil den bidra til enklere tilgang til helsedata for forskning og tradisjonell helseanalyse. Utvikling og forvaltning av Helseanalyseplattformen vil kreve involvering fra helse- og omsorgstjenesten, universitets- og høyskolesektoren og andre aktører som vil være sentrale brukere av helsedata.

- Innføring av digitale multimediearkiv. Digitale multimediearkiv er arkiv hvor bilder, video (f.eks. fra operasjon) og andra data fra bilde-dannende utstyr lagres i samme databaser som røntgenbilder. Avansert helseanalyse og maskinlæring knyttet til slike databaser, kan effektivisere arbeidsprosesser og gi bedre diagnostikk og behandling. Det arbeides med å etablere multimediearkiv i regionene med bedre tilrettelegging mot journalsystemene.

8.4.5 Samordning av helseregionenes IKT-modernisering

Den tyngste digitaliseringen har funnet sted internt i spesialisthelsetjenesten. Mange arbeidsprosesser er digitalisert og medisinskteknologisk utvikling gjør det mulig å tilby stadig bedre tjenester. De regionale helseforetakene er inne i en omfattende modernisering av sine IKT-systemer som er nødvendig for å sikre helhetlige pasientforløp på tvers av aktører, utvikling av avanserte helsetjenester samt tilgangskontroll for å forebygge uautorisert tilgang. Samtidig må helseregionene drifte og videreutvikle eksisterende systemer i tråd med endrede behov, inntil nye systemer er på plass. En slik samtidig håndtering av «teknisk gjeld» og nyutvikling er krevende. Selv om prosjektene har ulike navn, regionene står på litt ulikt sted, og det i noen grad er ulike leverandører som benyttes, har alle helseregionene behov for de samme kjernesystemene, jf. boks 8.5.

Hovedansvaret for digitalisering i spesialisthelsetjenesten ligger hos de som har ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester, det vil si helseregionene. Digitaliseringen må være en integrert del av utviklingen av tjenestene og gjennomføres innenfor de økonomiske rammer som Stortinget har stilt til disposisjon. Regjeringen mener samtidig at det er særlig tre utfordringer knyttet til digitalisering i spesialisthelsetjenesten som krever nasjonal styring:

- Likeverdighet: Pasientens helsetjeneste skal være en likeverdig helsetjeneste. Digitaliseringen innebærer en risiko for at forskjeller i kva-

Boks 8.5 Hva er de viktigste IKT-systemene i et digitalisert sykehus?

I et gjennomsnittlig norsk sykehus finnes det mange hundre forskjellige IKT-systemer. Noen av dem er grunnleggende for nær sagt all pasientbehandling:

- Pasientjournalen er helsepersonellets viktigste arbeidsverktøy. Her dokumenteres utredninger, prøvesvar og hvilken behandling pasienten får. Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF planlegger i løpet av planperioden ta i bruk en ny versjon av sitt journalsystem (DIPS Arena), mens Helse Midt-Norge RHF gjennom Helseplattformen anskaffer nytt journalsystem. I de hhv. oppgraderte og nye journalsystemene vil informasjonen lagres mer strukturert.
- Det pasientadministrative systemet henger tett sammen med journalen. Her registreres alle administrative opplysninger om pasienten, timeavtaler, henvisningsbehandling og fakturering til pasient etc. Regionene implementerer dette systemet sammen med journalsystemene.
- Elektronisk kurve gir alle behandlere en samlet oversikt over observasjoner og målinger for enkeltpasienter, for eksempel puls, temperatur, blodtrykk, væskebalanse, medisindoser, infusjoner og laboratoriesvar. Elektronisk kurve erstatter dagens papirbaserte kurver, og vil gi helsepersonell en bedre og mer strukturert oversikt over observasjoner av pasientens tilstand og medisiner. Dette bidrar til at informasjonen vil kunne følge pasienten, og vil redusere risiko for pasientskader og feilmedisinering. Alle regionene er i ferd med å implementere elektroniske kurveløsninger.
- Laboratorie- og radiologisystemer. Alle helse-regionene er i ferd med å implementere bedre laboratorie- og radiologisystemer, som gjør at prøvesvar og bilder følger pasienten i regionen. I tillegg etablerer alle regionene digitalt multimediearkiv der alle digitale bilder og videoer lagres. Disse systemene reduserer behovet for nye bilder, øker pasientsikkerheten og legger til rette for utvikling av

bedre beslutningsstøtte basert på helsedataene som samles inn og lagres på ett sted. En felles løsning for radiologi innebærer at alle helseforetakene i regionen arbeider i samme database, bruker de samme arbeidsprosene og har like rutiner. Alle som skal ha tilgang til pasientinformasjon i EPJ, vil få tilgang til alle radiologiske undersøkelser – uavhengig av hvilket helseforetak som utførte undersøkelsen.

- I ambulansjournalen dokumenterer ambulansetjenesten sine observasjoner og tiltak – opplysninger som personell på sykehuset vil ha nytte av for videre oppfølging av pasienten. Helse Sør-Øst RHF gjennomfører en regional anskaffelse av elektronisk ambulansjournal i 2019 med opsjon for de øvrige regionene.
- I IKT-systemet for AMK-sentralene blir alle henvendelser registrert og fulgt opp. Helse Vest RHF gjennomfører i 2019 en anskaffelse på vegne av de fire regionene.
- I digital patologi blir alle patologiprøver lagret digitalt. Dette gir bedre tilgang for personell gjennom pasientforløpet og legger til rette for utvikling av beslutningsstøtte som raskere og bedre kan hjelpe klinikere med å analysere prøvene. De fire regionene gjennomfører et felles prosjekt for å innføre digital patologi og legge til rette for deling nasjonalt.
- Kjernejournalen gir mulighet for å dele sentrale dokumenter fra pasientjournalene mellom sykehus, mellom sykehus og fastleger, og etter hvert med pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Nord samarbeider med Direktoratet for e-helse for å utbre og forbedre kjernejournalen som samhandlingsverktøy, jf. avsnitt 8.4.3.

I tillegg til systemene som er nevnt over, arbeider alle regioner med å videreutvikle systemene for håndtering av medisinsk utstyr, økonomi, logistikk og digitale innbyggertjenester.

litet på tilbudet mellom helseforetakene eller helseregioner kan øke. De som lykkes med å nyttiggjøre seg mulighetene, kan tilby bedre tjenester til pasientene enn de som blir hengende etter. Målet om likeverdighet krever et høyt ambisjonsnivå hos alle og koordinering av digitaliseringen både internt i hver region og på tvers av regionene.

- Samarbeid og gjenbruk: Både på tvers av regionene og internt i regionene har det vært for svak tradisjon for å samarbeide om utvikling av digitale løsninger eller gjenbruke løsninger som andre har laget. Teknologikompetanse er en knapp ressurs som må brukes best mulig på tvers av helseregionene. En region som ligger langt fremme på et område, må understøtte de andre regionenes fremdrift, mens en region som henger etter på et område, må lære av de som er kommet lengre. Det er derfor positivt at de regionale helseforetakene de siste to årene har etablert flere felles prosjekter, og prosjekter sammen med Direktoratet for e-helse, der en av regionene gis rollen som hovedsamarbeidspart. De regionale helseforetakene utvikler også et nytt felles styringssystem for interregionalt samarbeid innen IKT-området.
- Samhandling: Helhetlige pasientforløp er som regel ikke avgrenset til sykehusene – mange pasienter trenger også tjenester fra kommunene. De regionale helseforetakene må derfor styrke innsatsen, sammen med Direktoratet for e-helse og kommunesektoren, for å realisere felles løsninger for samhandling. Helseforetakene må samarbeide tettere sammen med kommunene i sine respektive helsefelleskap for å sikre at tjenesteutvikling for pasienter som trenger tjenester fra både sykehus og kommuner, understøttes av nødvendig digitalisering – innenfor rammene som er satt regionalt og nasjonalt.

Regjeringen vil følge opp disse utfordringene i styringen av de regionale helseforetakene.

8.4.6 Understøtte digitaliseringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det behov for et digitalt løft slik at kommunene kan nyttiggjøre seg mulighetene teknologien gir, og ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene som er etablert. Selv om det har skjedd mye på digitaliseringsområdet i kommunene de siste årene, blant annet innenfor velferdsteknologiområdet,

har digitaliseringsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten generelt sett kommet kortere enn i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil ta i bruk ulike virkemidler for å øke digitaliseringstakten i kommunene.

Kommunehelsetjenestens viktigste arbeidsverktøy, pasientjournalen, støtter ikke i dag opp under målet om en bærekraftig helsetjeneste som tilbyr helhetlige og koordinerte tjenester. For kommunene vil arbeidet med felles kommunal journal og helhetlig samhandlingsløsning (og Helseplattformen for kommunene i Midt-Norge), være viktig både for å få mer funksjonelle arbeidsverktøy enn i dag og for å sikre bedre sammenheng i pasientforløpene. Dette er et langsiktig arbeid. Det er derfor viktig at stegene på veien gir gevinster underveis, samtidig som løpende investeringer i IKT understøtter det langsiktige arbeidet. Regjeringen vil derfor legge vekt på at kommunene i planperioden tar i bruk felles e-helseløsninger og infrastruktur som er etablert. Dette vil både bidra til bedre samhandling og bedre pasientinvolvering i planperioden, og legge til rette for innføring av en nasjonal kommunal journal på lengre sikt.

I Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor (2019–2025) er det lagt vekt på at statlig og kommunal sektor må samarbeide på nye og mer forpliktende måter. Det skal utvikles samarbeidsmodeller som sikrer samordning og samhandling på tvers av og innenfor sektorer og forvaltningsnivåer. Kommunal sektor skal sikres innflytelse i det nasjonale digitaliseringsarbeidet gjennom nye modeller for samarbeid som baseres på prinsippene om likeverdighet og innflytelse, representativitet og tidlig involvering.

I digitaliseringsstrategien pekes det på at erfaringene fra samarbeid mellom statlig og kommunal sektor på e-helseområdet kan danne grunnlag for gode samarbeidsmodeller. KS har vist til den nasjonale styringsmodellen for e-helse som en god mekanisme for økt kommunal innflytelse på digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren, men har samtidig påpekt behov for videreutvikling for å sikre bedre innflytelse for kommunal sektor. I tillegg er konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS en formalisert arena for dialog og samhandling som også kan brukes til å konsultere kommunal sektor om digitaliseringstiltak som berører kommunene, inkludert tiltak på e-helseområdet.

En av årsakene til at digitaliseringen i kommunene tar tid, er at digitaliseringstiltakene ofte forutsetter omfattende tilpasninger i aktørenes IKT-systemer og etablering av nødvendig infrastruktur og sikkerhetsløsninger. Kjernejournal er et

eksempel på en løsning som ikke uten videre kan innføres uten at andre strukturer, som eID for sikker pålogging, først er på plass. Selv om mange fastleger har slik løsninger, er det i dag et begrenset antall kommuner der øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste har slike løsninger. Videre er kundemarkedet og etterspørselen etter bedre IKT-systemer fragmentert, noe som har bidratt til at leverandørmarkedet i liten grad tilbyr nødvendig funksjonalitet som møter kommunenes behov for bedre arbeidsverktøy og bedre nasjonal samhandling. Dette fører til at innføringen av nasjonale e-helseløsninger trekker ut i tid.

Det er krevende for kommunene å gjøre nødvendige forberedelser og investeringer hver for seg. Kommunal sektor har derfor begynt å gjøre mer sammen på digitaliseringsområdet, og har gjennom KS etablert samstyringsmekanismer for digitaliseringsarbeidet. KS sin rolle med å koordinere og samordne digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor er under utvikling. Det er etablert en samstyringsmodell for digitalisering i kommunal sektor, KommIT-rådet med underliggende utvalg. KS og kommunene ser også på ulike nettverkssamarbeid regionalt (regionale bølgekraftverk) og nasjonalt (KS-nettverk for velferdsteknologi og e-helseløsninger) for å bidra til økt gjennomføringskraft i det nasjonale e-helsearbeidet. Det er imidlertid behov for økt drahjelp og samordning.

Regjeringen vil understøtte digitaliseringen i kommunene gjennom å fastsette et tydeligere mål for samhandling gjennom oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Regjeringen vil, i samarbeid med KS, vurdere følgende virkemidler for å øke innføringstakten og redusere risiko i digitaliseringsarbeidet i kommunene:

- arbeide for en felles kommunal journal og helhetlig samhandlingsløsning
- videreutvikle innføringsapparatet for eksisterende nasjonale e-helseløsninger i kommunene i samarbeid med KS
- vurdere mulig samarbeidsavtale om innføring i kommunene som en del av konsultasjonsordningen, jf. tiltak i regjeringens digitaliseringsstrategi for offentlig sektor (2019–2025)
- styrke koordineringen av nasjonale tiltak som treffer kommunene gjennom nasjonal e-helseportefølje og nasjonal styringsmodell for e-helse, herunder synliggjøre gjensidige avhengigheter mellom tiltakene og økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene
- avklare hvordan eID for ansatte skal håndteres i kommunal sektor, jf. regjeringens digitaliseringsstrategi for offentlig sektor (2019–2025)

- foreslå plikt om tilgjengeliggjøring og betaling for bruk av nasjonale e-helseløsninger, jf. høringsnotat om forslag til ny e-helselov, se nærmere om forutsetninger og tidspunkt for innføring av plikt i avsnitt 8.4.7

8.4.7 Videreutvikle nasjonale virkemidler for styring og samordning på e-helseområdet

Regjeringen har store ambisjoner for digitaliseringen av helse- og omsorgstjenestene, og vil videreutvikle og styrke de nasjonale virkemidlene for å sikre en samordnet og helhetlig e-helseutvikling, som understøtter pasientens helsetjeneste.

Det er nødvendig å tydeliggjøre at Direktoratet for e-helse er nasjonal myndighet på e-helseområdet og at Norsk Helsenett SF er leverandør av nasjonale e-helseløsninger. Regjeringen har derfor besluttet at Norsk Helsenett SF fra 1. januar 2020 skal overta ansvaret for å forvalte og drifte de nasjonale e-helseløsningene som e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. En tydelig rollefordeling innebærer også at markedet skal benyttes i størst mulig grad i utviklingen av nye tjenester og løsninger på e-helseområdet. Det skal sikres gode rammebetingelser for åpen konkurranse som stimulerer til et mangfold av utviklere og leverandører.

I statsbudsjettet for 2020 har regjeringen foreslått å innføre en ny finansieringsmodell som innebærer at regionale helseforetak og kommuner dekker kostnadene til forvaltning og drift av de eksisterende nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, helsenorge.no, grunndata og helseID. Målet er å bidra til økt bruk og bedre og mer driftsikre løsninger. Et teknisk beregningsutvalg for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger skal bidra til åpenhet om og best mulig anslag på kostnadsutviklingen for tjenestene. Dette skal bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og hvordan kostnadene skal fordeles.

Videre foreslår regjeringen en ny e-helselov som skal bidra til å styrke digitaliseringen i sektoren. Lovforslaget ble sendt på høring høsten 2019. Lovforslaget regulerer Direktoratet for e-helse sin rolle i det nasjonale digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal gi råd til departementet og aktørene i helse- og omsorgstjenesten i saker om digitalisering, og legge til rette for en helhetlig og forutsigbar utvikling av nasjonale e-helseløsninger. Direktoratet skal sørge for en nasjonal konsensusbasert styringsmodell for e-helse og en nasjonal oversikt over relevante e-hel-

setiltak (nasjonal e-helseportefølje). Det er allerede gode erfaringer fra den nasjonale styringsmodellen for e-helse og nasjonalt e-helsestyre med bred deltakelse fra sektoren. Det skal bygges videre på disse erfaringene, og samarbeidsmodellen skal styrkes og videreutvikles.

Lovforslaget som er sendt på høring inneholder også plikt for Norsk Helsenett SF til å levere de nasjonale e-helseløsningene (elektroniske resepter (e-resept), kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet), plikt for det store flertallet av virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til å gjøre løsningene tilgjengelige i sin virksomhet, og plikt til å betale for løsningene. Dette er løsninger og infrastruktur som er viktige verktøy for at aktørene kan oppfylle det lovfestede ansvaret for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Forslaget åpner for at departementet i forskrift kan bestemme at virksomhetenes plikt til å gjøre de ulike løsningene tilgjengelig kan gjelde fra ulik tid for ulike grupper av virksomheter og ulike grupper av personell, avhengig av hva som kreves av lokale tiltak og nasjonal utvikling før løsningene kan tas i bruk. Det er i hovedsak utfordringene for kommunene som er bakgrunnen for at det er åpnet for denne muligheten. Før plikten kan innføres i kommunene skal det utarbeides nasjonale innføringsplaner som er basert på erfaringer fra utprøving. I tillegg skal fordeling av kostnadene til forvaltning og drift drøftes i det tekniske beregningsutvalget og i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Forutsetningene for å innføre en plikt for kommunene til å gjøre løsningene tilgjengelig beskrives nærmere i forskriftsarbeidet. I tillegg foreslår departementet endringer i eksisterende forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

8.5 Gjennomføring

Regjeringen vil, gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan og årlige styringsdokumenter, sette tydeligere mål og rammer for digitaliseringen. Målbildet for pasientbehandling skal være førende for hvilke digitaliseringstiltak som skal prioriteres og gjennomføres. De prioriterte tiltakene i planperioden er det langsiktige arbeidet knyttet til nasjonal kommunal journal, spesialisthelsetjenestens IKT-modernisering og gjennomføring av utvalgte digitaliseringstiltak for å understøtte bedre samhandling i planperioden 2020–2023, jf. avsnitt 8.4.3. Gjennomføringen av disse tiltakene krever tydeligere styring. Denne styringen må ledsages av budsjettprioriteringer, bedre samarbeid og krav i regelverket.

Regjeringen legger til grunn at tydeliggjøring av mål, ansvar og prioriteringer som følger av Nasjonal helse- og sykehusplan, vil bedre måloppnåelsen for digitaliseringen. Hvor raskt nødvendige digitaliseringstiltak kan gjennomføres, vil imidlertid også avhenge av det økonomiske handlingsrommet til de regionale helseforetakene, kommuner og helsemyndigheter, og hvordan dette handlingsrommet prioriteres. Regjeringen vil samtidig understreke at knapphet på arbeidskraft fremover øker behovet for å sikre bærekraft gjennom økt bruk av teknologi som kan redusere fremtidig behov for arbeidskraft. Regjeringen vil derfor at veksten i bevilgninger til helseregionene skal vris mot investeringer i teknologi og kompetanse. Tilsvarende vil regjeringen oppfordre kommunene til å bruke en større andel av veksten i kommunenes inntekter til investeringer i teknologi og kompetanse.

Boks 8.6 Regjeringen vil

- sette tydeligere mål for digitaliseringen gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan
- videreføre arbeidet knyttet til modernisering av journalsystemene
- videreutvikle digital infrastruktur og arbeidet med IKT-sikkerhet
- innføre og utvikle nødvendige nasjonale e-helseløsninger og standarder
- gjennomføre tiltak for bedre kvalitet på og tilgjengelighet til helsedata
- øke samordningen av helseregionenes IKT-utvikling
- understøtte digitaliseringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- videreutvikle de nasjonale virkemidlene for styring og samordning på e-helseområdet og foreslå ny lov om e-helse, jf. forslag som er sendt på høring høsten 2019

9 Kompetanse

Boks 9.1 Hvor vil vi?

Helse- og omsorgstjenesten utfører sine oppgaver med en bærekraftig og realistisk tilgang på arbeidskraft. «Alle» har erkjent at oppgaver må løses og fordeles på nye måter, at endring er det permanente, og at oppgaver må løses i team – på tvers av fag og institusjoner. I helseforetakene planlegges det systematisk for hvordan behovene for personell skal dekkes. Sykehusene, kommunene og høyskolene samarbeider om gode modeller for utdanning av spesialsykepleiere, og behovet for fleksible utdanningsmodeller i distriktene ivaretas. Alle helseforetak bidrar til å øke utdanningskapasiteten for helsefagarbeidere for å møte behovene i hele helse- og omsorgstjenesten. Sykehusene legger syste-

matisk til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling. Den nye spesialistutdanningen for leger bidrar til bedre dekning av spesialister. De ansatte har den teknologiske kompetansen de trenger. Forskning er integrert i klinisk praksis og bidrar til kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis. Simulering brukes aktivt i undervisning, når teamene trener på samarbeid, og for innøving av ferdigheter og prosedyrer. Helseforetakene samarbeider om å utvikle og dele simuleringverktøy. Kommuner og sykehus deler kompetanse. Gode arbeidsgiverstrategier balanserer nytten av å bruke helsepersonell med utdanning fra utlandet mot sårbarheten det kan medføre.

9.1 Innledning

Gode helse- og omsorgstjenester skapes når pasienten møter personell med høy faglig kompetanse, og det er et godt samspill mellom pasienten og personellet. Hvordan dette møtet oppleves – både av pasienten og den ansatte – har endret seg mye over tid. Pasientene kan mer og forventer mer av dem de møter. Mange har store og sammensatte behov som krever samhandling mellom ulike personellgrupper. Mens sykepleierne og legene for få tiår siden arbeidet i hver sine «siloe» inngår de nå i økende grad i team, der andre grupper – teknologer, administrativt ansatte, ernæringsfysiologer osv. – også deltar. Det gir bedre tjenester, gjør arbeidshverdagen rikere, men krever også mer av de ansatte.

De ansatte er det store hjulet i helse- og omsorgstjenesten. Fremskrivningene viser imidlertid at det er et stort og udekket behov for helsepersonell. Det gjelder særlig for sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er imidlertid verken mulig eller ønskelig å møte veksten i behandlingsbehov ved primært å øke bemanningen – andre virkemidler må tas i bruk.



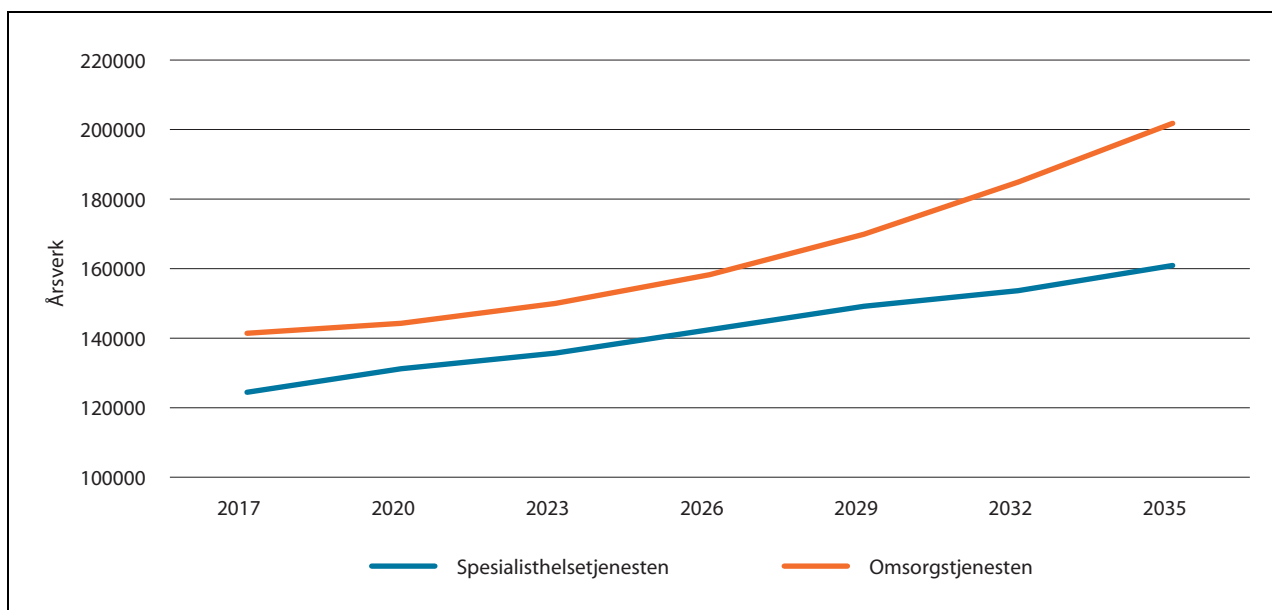
Figur 9.1 Det er mange i teamet rundt pasienten
Illustrasjonsfoto fra St. Olavs hospital HF, Borgos Foto AS

Innsatsen for å øke andelen ansatte som arbeider heltid og for å beholde ansatte må fortsette. Arbeidet for livslang læring og omstillings- evnen må forsterkes. Det må arbeides mer i tverrfaglige team, kompetanse må deles på tvers i hele helse- og omsorgstjenesten, ny kunnskap må tas raskere i bruk, innovative tjenestemodeller må utvikles og brukes, og teknologi må utnyttes i helse- og omsorgssektoren. Dette forutsetter god ledelse som planlegger strategisk for bemanning og kompetanseutvikling på kort, mellomlang og lang sikt.

9.2 Hvor mye og hvilket personell trenger vi?

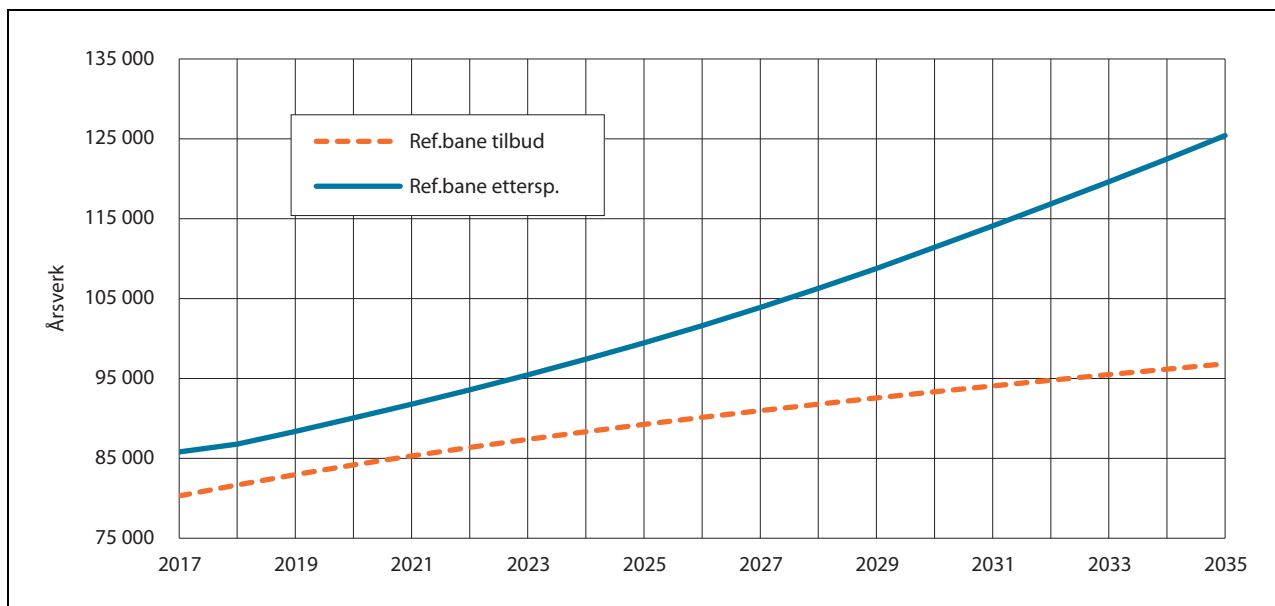
SSB har fremskrevet behovet for årsverk i den samlede helse- og omsorgstjenesten og hvordan dette behovet er fordelt på sykehus og kommuner, ulike helsepersonellgrupper og på tvers av geografi. Hovedfunnene i fremskrivingene er oppsummert:

- Vi trenger flere enn vi får. SSB anslår at antall årsverk i den samlede helse- og omsorgstjenesten må øke med om lag 35 prosent frem mot 2035 for å dekke fremskrevet behov for helse- og omsorgstjenester. I så fall vil helse- og omsorgssektoren legge beslag på nesten halvparten av den samlede veksten i arbeidsstyrken. Det vil fortrenge mye annet som samfunnet ønsker å bruke ressursene på. For å unngå en slik utvikling, kreves endringer i måten oppgavene løses på, mer bruk av teknologi og økt kompetanse som reduserer bemanningsbehovet.
- Årsverksbehovet i spesialisthelsetjenesten vil øke betydelig, men det blir trolig enda større behov for vekst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. figur 9.1.
- Det kan særlig bli knapphet på sykepleiere og helsefagarbeidere fram mot 2035, jf. figur 9.2 og 9.3. Begge gruppene har kompetanse som er nødvendig både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- For enkelte grupper av helsepersonell anslår SSB noenlunde balanse mellom tilgang og behov fram mot 2035. Dette gjelder blant annet for leger og fysioterapeuter. Det forventes et lite overskudd av psykologer. Det kan samtidig være stor variasjon mellom ulike deler av landet. For legegruppen kan det være utfordringer knyttet til rekruttering til enkelte spesialiteter.
- Behovet for årsverk frem mot 2035 vil trolig øke mest i og rundt storbyene. Det skyldes at bosettingsmønsteret i Norge blir stadig mer sentralisert, og forventet levealder stiger. Distriktene har den laveste fremskrevne økningen i årsverksbehov. Disse områdene vil oppleve den største forverringen i forsørgerbrøken, det vil si forholdet mellom antall yrkesaktive og antallet alders- og uførepensjonister, jf. avsnitt 4.14. Derfor er det trolig her kommuner og sykehus vil oppleve de største utfordringene med å skaffe til veie tilstrekkelig kompetanse.



Figur 9.2 Fremskrevet behov for årsverk i spesialisthelsetjenesten og i omsorgstjenesten til 2035. SSBs referansebane

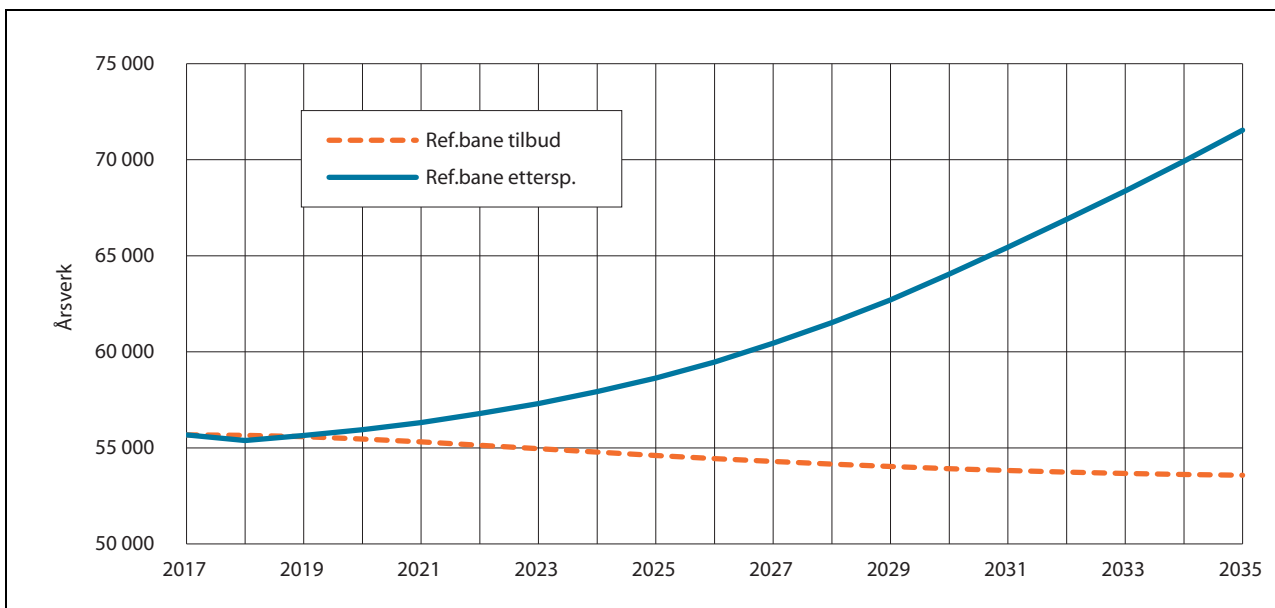
Kilde: SSB



Figur 9.3 Fremskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for sykepleiere frem til 2035. SSBs referansebane

For sykepleiere har SSB tatt i betraktning at det allerede i overgangen mellom 2017 og 2018 var registrert en underdekning på 5 500 årsverk i Navs bedriftsundersøkelser.

Kilde: SSB



Figur 9.4 Fremskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for helsefagarbeidere frem til 2035. SSBs referansebane

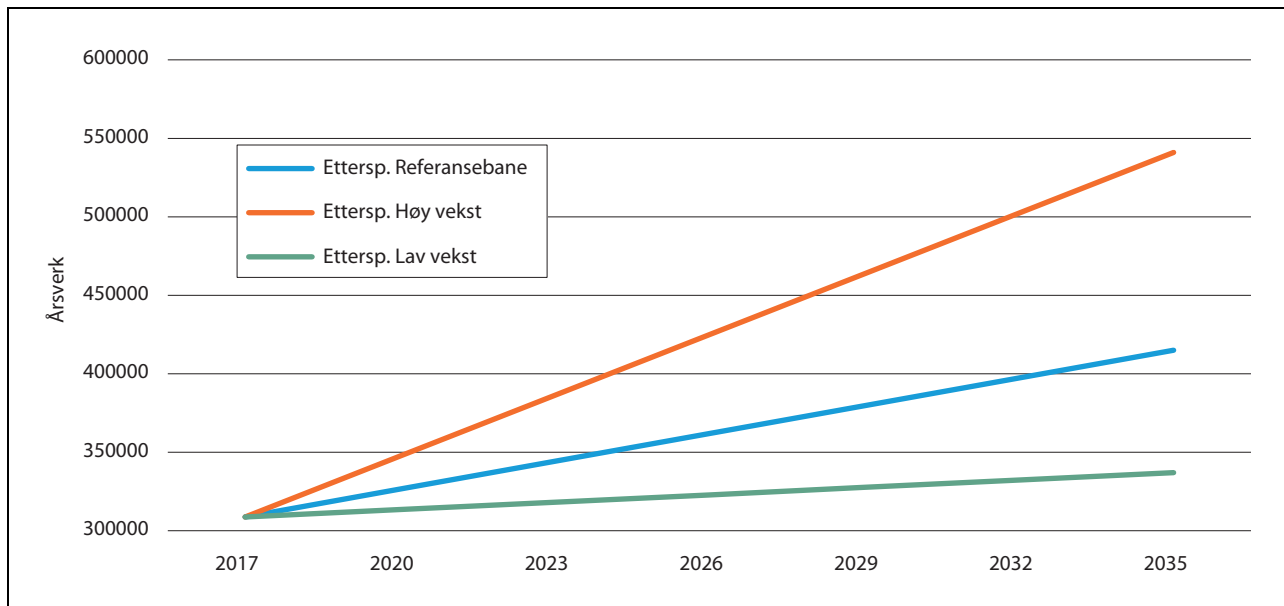
Kilde: SSB

Fremskrivningene fra SSB bygger på usikre forutsetninger. Se boks 9.2 for nærmere drøfting av forutsetningene i referansebanen til SSB.

Endringer i forutsetningene har stor innvirkning på resultatene. Dette illustreres i figur 9.5. Figuren viser forskjellen i fremskrevet årsverksbehov i

1. referansebanen
2. et scenario uten produktivitetsvekst og helseforbedringer (høy vekst)
3. et scenario uten økning i standard (lav vekst)

Forskjellen mellom referansebanen og et scenario med høy vekst utgjør nesten 130 000 årsverk i



Figur 9.5 Samlet etterspørsel etter årsverk i helse- og omsorgssektoren fremskrevet til 2035. Referansebane og scenario med hhv. høy og lav vekst.

Kilde: SSB

Boks 9.2 Forutsetninger i SSBs referansebane for bemanningsbehov

I de fleste fremskrivninger presenteres det en referansebane. Formålet med en referansebane er å være et sammenlikningsgrunnlag for ulike alternative forutsetninger eller scenarioer. Den representerer ofte hvordan en tror verden vil se ut på sikt, dersom samfunnsutviklingen og måten vi løser oppgaver på, fortsetter omtrent som i dag. SSB har i sin referansebane lagt følgende forutsetninger til grunn:

- middelalternativet (MMMM) i SSBs befolkningsfremskrivninger
- årlig produktivtetsvekst på 0,5 prosent
- standarden på tjenestetilbudet, målt som ressursinnsats per bruker, bedres med 1 prosent i året
- befolkningens helsetilstand bedres i takt med fallende dødelighet (for personer over 55 år)
- familieomsorgen er konstant (estimert til 90 000 årsverk)

Alle forutsetningene er usikre. SSB mener at forutsetningene i referansebanen er et kompromiss mellom hensynet til realisme og hensynet til at forutsetningene skal være relativt enkle å forstå og etterprøve.

Forutsetningene om standard- og produktivtetsvekst må ses i sammenheng; de innebærer at årsverk per bruker øker med tilnærmet 0,5 prosent per år.

SSB fremhever forutsetningen om familieomsorg som særlig usikker, da det ikke finnes data som beskriver denne innsatsen nøyaktig. I tillegg til referansealternativet med konstant familieomsorg, har SSB illustrert effekten av at familieomsorgen øker proporsjonalt med økningen i de formelle omsorgstjenestene. Disse to alternativene kan ses på som ytterpunkter.

Forutsetningen om forbedret helsetilstand er også svært usikker. Det er ikke konsensus i forskningslitteraturen om hvorvidt lengre levetid medfører en kortere, uendret eller forlenget sykdomsperiode mot slutten av livet. Ulike forhold kan trekke i forskjellige retninger. Ny og kostnadskreivende behandling kan gi økt overlevelse og livskvalitet for mange pasienter, men det kan også medføre at flere lever lenge nok til å bli utsatt for aldersrelaterte sykdommer, som demens, med behov for behandling. Videre er selve sammenhengen mellom helsetilstand og forbruk av helse- og omsorgstjenester usikker.

2035. I dette alternativet vil helse- og omsorgssektoren spise nesten 100 prosent av den samlede veksten i arbeidsstyrken. I et scenario med lav vekst er det tilsvarende tallet 12 prosent.

9.3 Personell- og kompetansebehov i pasientens helsetjeneste

Helseforetakene skal sikre at de har tilstrekkelig bemanning til å utføre oppgavene. Det gjøres i personellplanleggingen. Samtidig må de sikre at de ansatte har den kompetansen som må til for å utføre disse oppgavene. Det gjøres i kompetanseplanleggingen.

Alle som arbeider i sykehus må være innstilt på at arbeidsoppgaver og hvem som håndterer hva vil forandres. Endringer i oppgavedeling og personellsammensetning er et virkemiddel for å gjøre god bruk av tilgjengelige kapasitet og kompetanse. Kompetanse på et område er noe flere yrkesgrupper kan tilegne seg, og deler av kompetansen som trengs i sykehusene fremover er ikke nødvendigvis knyttet til bestemte yrkesgrupper.

Regjeringen vil at helseforetakene skal arbeide strategisk for å sikre tilstrekkelig personell med nødvendig og riktig kompetanse. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i denne planperioden.

9.3.1 Personellplanlegging

Medarbeidere er sykehusenes viktigste ressurs. Helseforetakene arbeider kontinuerlig for å sikre

tilstrekkelig bemanning på kort og lengre sikt. Det er et område som krever stor grad av prioritet, oppmerksomhet og langsiktig arbeid.

Arbeidet med heltidskultur og reduksjon i bruken av deltid, arbeidet med nærvær og å redusere sykefraværet, samt arbeidet for å rekruttere og beholde ansatte har betydning for personellplanleggingen. Helseregionene og helseforetakene har arbeidet med disse problemstillingene over lang tid og har oppnådd gode resultater. Det er likevel fortsatt behov for å arbeide videre med dette. Det er viktig at virksomhetenes ledelse samarbeider med tillitsvalgte og medarbeidere, og at de sammen vurderer nye forslag til løsnings- og samtidig sikrer en forankring av veivalg. Dette gir et bedre grunnlag for å lykkes med ytterligere forbedringer.

I flere av helseregionene og helseforetakene er det satt spesielt fokus på de avdelingene med høyest sykefravær. Dette har gitt positive resultater. Når det gjelder arbeidet med heltidskultur og å redusere bruken av deltid, så er det behov for å vurdere nye tiltak spesielt for sykepleiere uten spesialistutdanning og jordmødre.

Mange tiltak er allerede prøvd ut og noen har vist seg å ha god effekt. Det kunnskapsgrunnlaget som er bygget opp i dette arbeidet er verdifullt og kan benyttes av flere som viktige bidrag i det helhetlige arbeidet med personellplanlegging.

9.3.2 Kompetanseplanlegging

De økte behovene for helse- og omsorgstjenester kan ikke møtes med en økning i personell alene. Knapphet på arbeidskraft i årene som kommer



Figur 9.6 Personellgrupper

Illustrasjonsfoto fra St. Olavs hospital HF, Borgos Foto AS

Boks 9.3 Eksempler fra arbeidet med mobilisering av arbeidskraft

- Haukeland universitetssjukehus har et eget internt bemanningsbyrå som formidler personell til alle avdelinger for kortere eller lengre oppdrag. Arbeidsforhold blir tilpasset etter ønske fra avdelinger og den enkelte arbeidstaker. Arbeid for Bemanningsenteret kommer i tillegg til ordinær stilling og arbeidstaker kan få utvidet stillingsprosenten sin gjennom stilling i Bemanningsenteret.
- Oslo universitetssykehus HF har fra 2016 hatt en egen jordmor for oppfølging av gravide ansatte. Målsetningen for tjenesten er at den gravides trygghet og følelse av å være til nytte gjennom hele svangerskapet skal ivaretas, og at den gravide gjennom individuell tilrettelegging kan stå lenger i jobb. Sykefraværstatistikken tyder på at tjenesten har gitt positive endringer i sykefraværet hos de gravide.
- Helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF har seniorpolitiske planer med tiltak for å stimulere arbeidstakere til å stå lenger i jobb. Tiltakene omfatter blant annet seniorsamtaler, kurs, motivasjonsprogram og seniordager.
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF satser spesielt på rekruttering og stabilisering gjennom blant annet seminar for ledere om arbeidsglede og pasientsikkerhet, ved bruk av utviklingssamtaler og lederprogram med oppmerksomhet på betydningen av relasjonskompetanse.

innebærer at tjenestene må utvikle kompetansen bedre. Det betyr at:

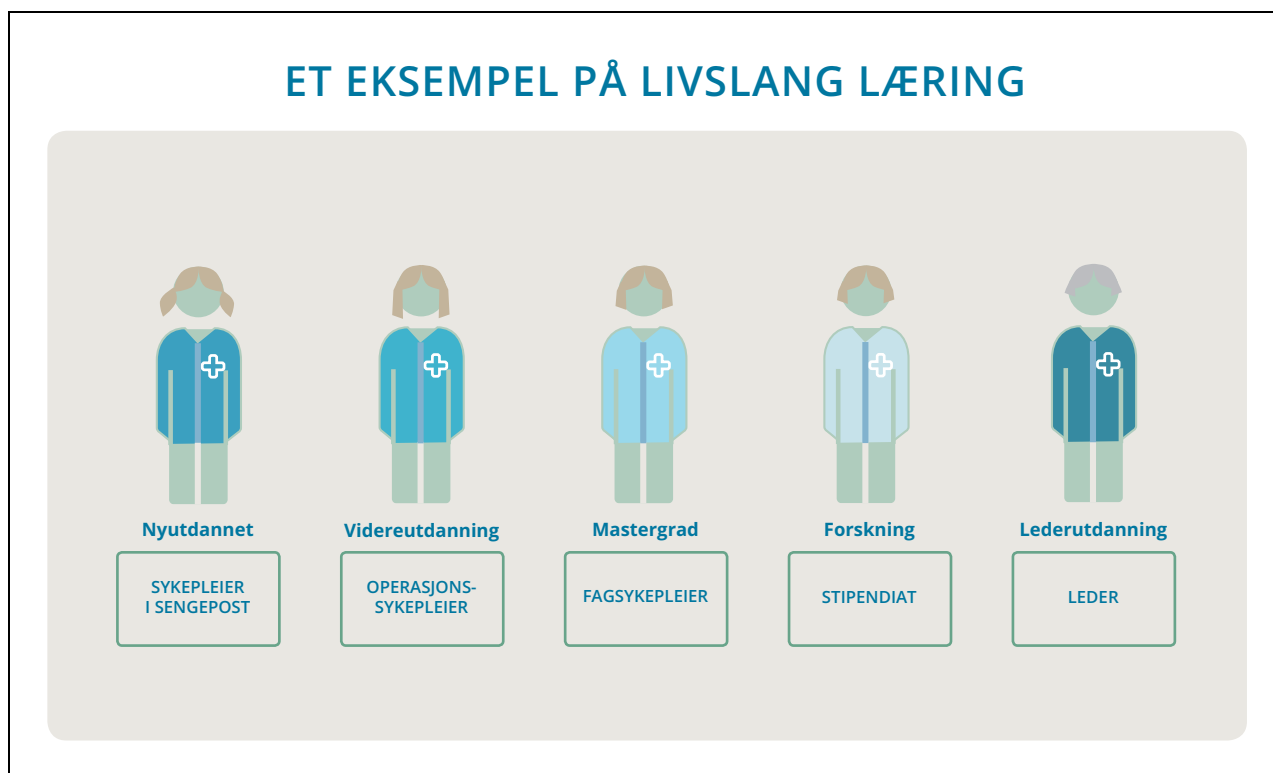
- Den enkelte ansatte må utvikle sin kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. Det kan gjøres i formalisert utdanning og opplæring som grunnutdanning, videreutdanning og spesialisering. Det kan også gjøres i etterutdanning som for eksempel i interne kurs og organisert trening i team ved bruk av simulering. I tillegg utvikles kompetansen i den daglige samhandlingen med kolleger.
- Teamene må utvikle sin felles kompetanse. Få i tjenesten utøver sine oppgaver helt alene – alle er del av et større eller mindre team. Kompetansen må utvikles i det daglige teamet på avdelingen eller sengeposten, men også i teamene på tvers av kommuner og sykehus eller mellom sykehus i nettverk.
- Lederne må utvikle sin kompetanse til å lede. Store utfordringer krever store endringer – som må ledes. Ledere på alle nivåer, ikke minst de som står nærmest pasientbehandlingen, må sikres handlingsrom og støtte til å ta i bruk de virkemidlene som er nødvendige for å nå målene for pasientens helsetjeneste.
- Helsemyndigheter må sette klare overordnede mål for kompetanseutviklingen. Utdanningsmyndighetene må sikre at utdanningsinstitusjonene samvirker godt med tjenesten, og leverer de utdanningstjenestene det er behov for. Helseforetakene må utvikle sin rolle som utdanningsarenaer og forskningsinstitusjoner.

Ansvar for å gjennomføre ligger hos flere. Helse- og utdanningsmyndigheter har ansvar for å sette overordnede mål og sikre nødvendige rammebetingelser, ledelsen i sykehusene må lage forpliktende planer, ledere nær pasientbehandlingen

Boks 9.4 Kompetansereformen – Lære hele livet

Regjeringen vil gjennomføre en kompetansereform i arbeidslivet. Det skal gis mulighet for å fornye og supplere egen kompetanse slik at ingen går ut på dato, men gi flere mulighet for å stå lenger i arbeid. Regjeringen har satt i gang en rekke tiltak og vil legge frem en melding for Stortinget våren 2020 som skal oppsummere arbeidet så langt og gi retning for den videre politikktutviklingen.

Kompetansereformen er også et viktig bidrag til å skape et bærekraftig velferdssamfunn. Krav til omstilling, digitalisering og teknologisk utvikling gjør at det mer enn noen gang før er behov for en arbeidsstyrke som har evne til å lære noe nytt og omstille seg i tråd med nye kompetansekrav. Både arbeidsgivere og arbeidstakere må ta sin del av ansvaret for at omstillingen skal lykkes. Regjeringen har også som ambisjon at utdanningssystemet og ordninger for å lære hele livet skal kunne svare raskt på endringer i kompetansebehov.



Figur 9.7 Et eksempel på livslang læring

må gjennomføre tiltakene, og hver enkelt ansatt må delta i både egen og teamets kompetanseutvikling. Ingen bygger kompetansen vi trenger i pasientens helsetjeneste alene – den må vi bygge sammen.

9.3.3 Utvikling av kompetanse for den enkelte

Medarbeiderne må være innstilt på å utvikle sin kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. Utgangspunktet er en god grunnutdanning. Kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse fra grunnutdanningen gir grunnlaget for at en arbeidstaker kan fortsette å bygge sin kompetanse gjennom livslang læring. For helsepersonell gir grunnutdanningene dessuten grunnlag for autorisasjon som gir stor grad av selvstendighet for å kunne ivareta en forsvarlig yrkesutøvelse.

De første årene i arbeid etter grunnutdanningen er kritiske for om en medarbeider fortsetter yrkeskarrieren i helse- og omsorgstjenesten. Mange har behov for god veiledning og supervisjon i arbeidssituasjonen, og det må legges til rette for det. I det videre yrkeslivet må arbeidsgiver være tydelig på hva slags videre- og etterutdanning det er behov for, både i klinisk arbeid, fagutvikling og forskning. Det gir grunnlag for

livslang læring for de ansatte. Livslang læring gir virksomheten tilgang til nødvendig og oppdatert kompetanse. For arbeidstakere er det et virkemiddel for kompetanseheving, å håndtere endring, trygghet i yrkesutøvelsen og motivasjon i arbeidet.

I løpet av et yrkesliv går en medarbeider gjennom mange livsfaser. Arbeidstaker og arbeidsgiver må samarbeide om å finne gode løsninger som ivaretar begge parter behov med hensyn til arbeidstid, arbeidssted og behov for ny kompetanse.

9.3.4 Kompetanse i team

Teamarbeid må til for å gi helhetlige helse- og omsorgstjenester til pasientene. Solid kompetanse i egne fag er en forutsetning for godt teamarbeid. Kompetanse i å arbeide tverrfaglig kommer ikke av seg selv – det må læres. Innlæringen starter i grunnutdanningen og fortsetter i arbeid ved daglig samhandling, simulering og intern opplæring.

Trening på teamarbeid skal ikke undervurderes som et viktig virkemiddel når ny teknologi og nye innovative tjenestemodeller skal tas i bruk. Det gir et tydelig signal om en besluttet overgang som skal implementeres og gjør personellet trygg på sin egen rolle.

Et kompetent team er som regel et team der de ansatte trives. Et godt arbeidsmiljø og høy trivsel bidrar også sannsynligvis til å fremme heltidskultur, få ned sykefraværet, og motivere ansatte til å stå i jobb lenger. I et slikt team er kulturen gått fra å *måtte bidra* til endring til å *ville bidra* til endring. Det er også funnet en positiv sammenheng mellom et godt arbeidsmiljø og kliniske resultater i pasientbehandlingen.¹ De ansatte vet ofte best hva som virker for et godt arbeidsmiljø, og kan ha gode innspill til hva som skal til for å lykkes med endring. Ledelsen har ansvar for å legge til rette for involvering av de ansatte og for at deres ideer og kunnskap brukes til felles beste.

9.3.5 Tilstrekkelig handlingsrom og støtte til førstelinjelederne

Det stilles store krav til ledelsen på alle nivåer i et sykehus. Kliniske førstelinjeledere er særlig viktige for å oppnå ønskede resultater. Dette er ledere som enten har økonomi-, personal- og/eller fagansvar og er nær pasientbehandlingen.² Førstelinjelederne har en sentral rolle i innføring av nye reformer, som innføring av pakkeforløp eller nye digitale verktøy, og for å følge opp den enkelte ansatte. De har dessuten det operative ansvaret for å rekruttere, planlegge bemanning, bidra til heltidskultur og beholde arbeidskraft. De er også de nærmeste til å identifisere kompetansebehov som legges til grunn for kompetanseplanleggingen.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvar for å gi førstelinjelederne tilstrekkelig handlingsrom og støtte. Helseforetakene må sørge for å gi tilbud om nødvendige kompetansehevende tiltak for ledere.

9.3.6 Tilrettelegging for kompetanseutvikling

Myndighetene har ansvar for å sette rammer slik at kompetansebehovene i helse- og omsorgstjenestene ivaretas i grunn-, videre-, og etterutdanning, og i forskning og fagutvikling. Et godt nasjonalt, regionalt og lokalt samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene er en forutsetning for å lykkes med god kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Læringsutbyttene i utdanningene må være oppdatert og i samsvar med behovene i tje-

nesten, og arbeidet med å sikre god kvalitet i praksisstudier og i klinisk og pasientnær undervisning må fortsette.

9.3.7 Utdanning og kompetanseheving

Regjeringen har etablert et nytt styringssystem for helse- og sosialfagutdanningene med egne nasjonale retningslinjer for hver enkelt utdanning (RETHOS). RETHOS gir helsesektoren mulighet til å påvirke innholdet i de helsefaglige utdanningene. Styringssystemet har som formål at utdanningene skal være fremtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov. Retningslinjene angir minstestandarder for sluttkompetanse og nedfelles i forskrifter for hver enkelt utdanning.

Allerede i grunnutdanningene kan det være hensiktsmessig å gi elever og studenter bedre mulighet for å fordype seg i faglige retninger hvor det er identifiserte behov, og som kan være motiverende for å fortsette yrkeskarrieren i helse- og omsorgstjenesten. Forskning er allerede etablert som fordypningsmulighet i medisinske studier, og NTNU planlegger å etablere fordypningsmuligheter i helseinformatikk. Ut over dette kan fordypning i ledelse eller entreprenørskap være aktuelt for flere studieretninger for å svare på kompetansebehov i hele helse- og omsorgstjenesten, og dermed også bidra til å realisere pasientens helsetjeneste. I Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester fremkommer det at regjeringen vil gjennomføre en kartlegging av entreprenørskapsundervisning innenfor de helsefaglige utdanningene og vurdere behovet for å styrke denne.

Helseforetakene er store utdanningsarenaer. De samarbeider med utdanningssektoren blant annet om læretid og praksisstudier i grunn- og videreutdanning. De har også utstrakt aktivitet for å heve egne ansattes kompetanse gjennom etterutdanning og i intern kompetanseheving. Helseforetakene er dessuten ansvarlige for gjennomføringen av legers spesialistutdanning i sykehus som leder frem til spesialistgodkjenning.

Aktiviteten for utdanning og kompetanseheving er et av de viktigste virkemidlene helseforetakene har for å beholde arbeidskraft, gi tjenester av høy kvalitet og bedre pasientsikkerheten i en sektor som preges av høy omstillingstakt. Interne kompetansehevende tiltak kan deles i tre hovedkategorier:

¹ R. Pilling, D. Wadsworth (2018). The BMJ Opinion.

² Agenda Kaupang (2019). Førstelinjeledere i norske sykehus – en kunnskapsoppsummering

- organisatoriske tiltak som kompetanseplanlegging, kompetansestyring, pålagt opplæring og fagutviklingsstillinger
- etterutdanningsaktiviteter og tiltak som fagseminarer, faglige nettverk for etterutdanning, klinisk kompetanseprogram, opplæring i metoder for kunnskapsbasert praksis, forbedringsarbeid/pasientsikkerhet, praksisveilederopplæring, HMS-opplæring og lederutvikling
- videreutdanningsaktiviteter og tiltak som spesialistutdanning, samarbeidsavtaler med utdanningssektoren, permisjon med delvis lønn for videreutdanning eller lønnede utdanningsstillinger for spesialsykepleiere, praksisplasser og praksisopplæring for videreutdanning av sykepleiere og andre prioriterte faggrupper

9.4 Satsing på sykepleiere

Sykepleiere er den største helsepersonellgruppen, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere møter innbyggerne både i forebyggende og helsefremmende arbeid, i akutte situasjoner, langvarige pasientforløp og ved dødsleiet. I spesialisthelsetjenesten er sykepleierens kompetanse sentral i alle pasientforløp, uavhengig av hvilken avdeling eller behandlingssituasjon pasienten er i. Pasienten møter sykepleiere fra diagnosen settes, i behandlingen, og til de skal lære seg å leve med kroniske tilstander. I tillegg til medisinsk og pleiefaglig kompetanse må sykepleiere ha kommunikasjonskompetanse, kompetanse i etikk, kultur- og relasjonsfor-

Boks 9.5 Avansert klinisk sykepleier Elisabeth Strandberg ved Oslo universitetssykehus HF



Figur 9.8 Avansert klinisk sykepleier Elisabeth Strandberg

Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

«Egentlig ville jeg jobbe med forebyggende helsearbeid som sykepleier, men jeg ble fanget av sykehuset i praksisperioden. Etter 15 år i sykehus kan jeg ikke tenke meg å jobbe noe annet sted», sier Elisabeth Strandberg som arbeider

på Avdeling for blodsykdommer ved Oslo universitetssykehus.

Hun er sykepleier, fagutviklingssykepleier og har nylig avsluttet utdanningen som avansert klinisk sykepleier. «Jeg har alltid jobbet med pasienter som har blodsykdommer og synes faget er både givende og krevende. Utfordrende dager krever at vi jobber godt i team på avdelingen, at det er god trivsel, åpenhet og et trygt arbeidsfellesskap», sier Elisabeth.

Mange nyutdannede sykepleiere har sin første jobb på sengepost. Altfor mange faller helt ut av yrket. «Som sykepleier er du ny i mange år og det er mye å lære», sier Elisabeth. Hun mener at det tar omtrent fem år i klinisk arbeid før man har opparbeidet seg faglig trygghet som sykepleier. «Det er godt når man kjenner at den kommer.»

Elisabeth mener at nyutdannede trenger god veiledning og oppfølging over lang tid, og at erfarings- og veiledningsgrupper for nyansatte kan være viktige tiltak for å beholde nyutdannede. I tillegg er det viktig å ha tilgang på fagkunnskap også i sengeposter, for behandlingskvalitet virker stabiliserende i en avdeling.

Elisabeth jobber i en høyspesialisert avdeling. Hun valgte likevel en faglig breddeutdanning. «I avansert behandling er det viktig å se hele pasienten. Derfor er sykepleiefaglig breddekompetanse så viktig og arbeidet på sengepost givende».

ståelse, og kunnskap om samhandling. De skal ha innsikt i relevant regelverk og god systemforståelse. Sykepleiere må kontinuerlig tilegne seg og ta i bruk ny faglig kunnskap. De skal jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og ha digital og teknologisk kompetanse.

Den fremskrevne mangelen på sykepleiere må møtes med ulike virkemidler. Kapasiteten i sykepleieutdanningen med tilhørende praksisstudier må være tilstrekkelig til at behovene i helse- og omsorgssektoren ivaretas. Regjeringen vil arbeide for å sikre sykepleiekompetansen som trengs i pasientens helsetjeneste gjennom disse hovedgrepene:

- be helseforetakene utarbeide planer for hvordan behovet for sykepleiere skal dekkes
- etablere et nasjonalt system for å følge med på tilgang på og behov for sykepleiere i den samlede helse- og omsorgstjenesten
- øke antall utdanningsplasser for spesialsykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, opera-

sjon- og kreftsykepleie med basis i kunnskap om behov

- revidere utdanningene for spesialsykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie
- revidere den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid, og etablere en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot sykepleiere
- utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus, og tilrettelegge for utvikling av en slik utdanning

9.4.1 Planer for å dekke behovet for sykepleiere

Regjeringen vil at helseforetakene utarbeider planer for hvordan behovet for sykepleiere skal dekkes.

God personellplanlegging legger også grunnlaget for kompetanseplanleggingen. Kompetanse-



Figur 9.9 Personell- og kompetanseplanlegging for sykepleiere

planleggingen skal speile sykehusets behov for sykepleierkompetanse i sengepost, i poliklinikk og dagbehandling, behovet for sykepleiere med spesialutdanning, for sykepleiefaglig fagutvikling, forskning, ledelse og administrasjon. Helseforetakene skal ha kunnskap om og være tydelige på hva slags kompetanse det er bruk for, og legge til rette for at sykepleiere får ny kompetanse gjennom daglig arbeid, etterutdanning eller videreutdanning basert på behovene som er identifisert.

Helseregionene bruker Nasjonal bemanningsmodell for å beregne behovet for ulike grupper personell, inkludert sykepleiere. Bemanningsmodellen kan brukes til å lage scenarioer som illustrerer effekten av tiltak som påvirker bemanningsbehovet. Denne typen scenarier og analyser er viktige for å fortsatt peke retning for både personell- og kompetanseplanleggingen.

9.4.2 Følge med på behovet for og tilgang på sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen vil be Helsedirektoratet etablere et nasjonalt system for å følge med på behovet for og tilgangen på sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Systemet vil gi kunnskapsgrunnlag for personellplanlegging og kompetanseutvikling i tjenestene. Det vil også tydeliggjøre behovet for endringer i og planlegging for utdanningskapasitet. Som en start skal det gis oppmerksomhet til tilgang på og behov for ABIOK-sykepleiere (anestesi, barn, intensiv, operasjon, kreft), sykepleiere innen psykisk helse og rusarbeid, jordmødre, helsesykepleiere og den kommende funksjonen som avansert klinisk allmennsykepleier. Sykepleiere i disse kategoriene med utdanning fra utlandet som arbeider midlertidig i Norge skal også omfattes.

9.4.3 Spesialsykepleiere i anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK-sykepleie)

Behovet for spesialsykepleiere har økt i takt med økt spesialisering i spesialisthelsetjenesten. Samtidig har helseregionene meldt om økende mangel på denne personellgruppen og behov for flere utdanningsplasser. Mangel på spesialsykepleiere kan gi store konsekvenser for operasjons- og intensivkapasiteten i sykehusene.

Regjeringen mener det er kritisk å øke utdanningskapasiteten for spesialsykepleiere. Regjeringen lanserte derfor våren 2019 en opptrappingsplan som vil gi 80 nye ABIOK-sykepleiere i året

ved utløpet av opptrappingsperioden. Gjennomføring av planen forutsetter et tett samarbeid mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene, særlig med hensyn til gjennomføring av praksisstudier. Det er en god start på arbeidet for tilgang til denne kritisk viktige kompetansen. En eventuell økning ut over dette må baseres på kunnskap om behov for og tilgang på spesialsykepleiere.

9.4.4 Revidering av videreutdanninger i ABIOK-sykepleie

Spesialutdanningene i ABIOK-sykepleie fyller grunnleggende kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. Våren 2019 besluttet Kunnskapsdepartementet at ABIOK-utdanningene skal revideres. For studenter som skal gjennomføre de reviderte utdanningene som del av en mastergrad, skal det være mulig å avslutte studieprogrammet etter 90 studiepoeng for anestesi-, barn-, intensiv og operasjonssykepleie, og etter 60 studiepoeng for utdanningen i kreftsykepleie. Denne muligheten skal gjengis i retningslinjene og spesielt i krav til oppbygging av studiene.

9.4.5 Ny videreutdanning for sykepleiere i psykisk helse og rusarbeid

Som det er redegjort for i kapittel 5 om psykisk helsevern, er det viktig at psykiske helsetjenester, rusbehandling og somatikk henger bedre sammen. Somatisk sykdom er en viktig årsak til tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser.

I 2018 var om lag en tredel av de avtalte årsverkene i psykisk helsevern sykepleiere med eller uten spesialutdanning, i følge tall fra SSB. Sykepleiere i psykisk helsevern og rusbehandling trenger høy sykepleiefaglig klinisk kompetanse. Dagens rammeplanstyrte videreutdanning i psykisk helse og rusarbeid har høy kvalitet for brukermedvirkning og tverrfaglig forståelse, men synes ikke å være tilfredsstillende for klinisk sykepleiefaglig kompetanse og praksis. For å ivareta behovet for sykepleiefaglig klinisk kompetanse skal det etableres en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot sykepleiere.

I tillegg til etableringen av den nye masterutdanningen, tas det samtidig sikte på å revidere den rammeplanstyrte videreutdanningen i psykisk helse og rusarbeid slik at denne moderniseres i tråd med faglig utvikling og nytt styringsystem for helse- og sosialfagutdanninger. Denne kan

fungere som et tverrfaglig tilbud rettet mot flere profesjonsgrupper og vil også i fremtiden være et godt bidrag til tverrfaglighet i tjenestene. Det skal vektlegges at begge utdanningene innrettes mot behovene både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

9.4.6 Breddedanning i avansert klinisk sykepleie i spesialisthelsetjenesten

Sykepleiere med klinisk breddekompetanse i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å heve den faglige kvaliteten i sengeposter, i poliklinisk arbeid og i dagbehandling, i ambulante tjenester og i hjemmesykehus. En utdanning som gir klinisk sykepleiefaglig breddekompetanse kan virke rekrutterende for disse tjenestestedene. Sykepleiere med denne kompetansen kan dessuten bidra til å bedre samhandlingen, innad i sykehus, på tvers av sykehus og kommuner, og for pasienter med flere diagnoser og sammensatte behov.

En sykepleier med klinisk breddekompetanse vil oftest inngå i et team for pasientbehandling sammen med annet helsepersonell. Disse sykepleierne skal ha utvidet klinisk vurderings- og handlingskompetanse, de skal gjøre vurderinger og iverksette tiltak for å fange opp endringer i en pasients helsetilstand, de skal planlegge og gjennomføre spesialisert sykepleie og delegert medisinsk behandling til pasienter. Samtidig skal de bidra til å samhandle og koordinere pasientforløp på tvers av tjenestenivå. De vil også kunne initiere, utvikle og gjennomføre FoU-prosjekter rettet mot innovasjon og kontinuerlig kvalitetsarbeid.

Regjeringen ønsker å utrede behovet for sykepleiere med breddekompetanse i sykehus. Deres utredningen viser at det er faglige og tjenestemessige behov for denne kompetansen ønsker regjeringen å tilrettelegge for utvikling av en utdanning for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus

En slik utdanning vil samtidig i begrenset grad løse tjenestenes behov for denne kompetansen på kort og mellomlang sikt. Det vil ta tid før et slikt tiltak gir tilstrekkelig antall kandidater som har fullført en slik utdanning. Behovet for slik kompetanse må derfor først og fremst møtes ved å videreutvikle kompetansen til sykepleierne som arbeider i tjenesten i dag.

9.4.7 Geografisk spredt utdanningstilbud og desentralisert utdanning

Det er en sammenheng mellom studiested og hvor man velger å jobbe etter studiene. Nyutdannede kandidater fordeler seg ikke automatisk utover landet i tråd med tjenestenes behov. Utdanningsinstitusjonene i Norge har en desentralisert struktur med geografisk spredning. For studenter som av ulike grunner ikke kan følge undervisningen på en utdanningsinstitusjon, er desentraliserte og fleksible utdanninger et alternativ. For noen er det det eneste alternativet. At utdanningsinstitusjonene er spredt geografisk, og at det er mulighet for å følge desentraliserte utdanningstilbud, bidrar til å gi tilgang på nødvendig kompetanse i hele landet, også for helse- og omsorgstjenesten.

Universiteter og høyskoler bestemmer innretningen av studietilbudet innenfor rammene som er trukket opp av Kunnskapsdepartementet. Det ligger til utdanningssektorens samfunnsoppdrag at den i samarbeid med tjenestene skal bidra til at helsetjenestens totale behov for personell kan ivaretas. For øvrig vises det til omtale av fleksibel etter- og videreutdanning i Meld. St. 5 (2019 – 2020) – Levende lokalsamfunn for fremtiden – Distriktsmeldingen.

9.5 Satsing på helsefagarbeidere

I løpet av de siste ti årene har antall helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten falt. Reduksjonen kan skyldes flere forhold. Nedgang i døgnbehandling og en økt andel pasienter som får dagbehandling- og poliklinisk behandling har redusert omfanget av oppgaver som helsefagarbeidere tradisjonelt har utført i sykehus. Samtidig kan det ha skjedd en utilsiktet forskyving av oppgaver fra helsefagarbeidere til andre personellgrupper i sykehusene. Færre helsefagarbeidere kan føre til at kompetanse brukes på uhensiktsmessige måter, blant annet ved at sykepleiere eller leger overtar oppgaver som helsefagarbeidere vil være egnet til å utføre.

Regjeringen mener at det er behov for flere helsefagarbeidere i sykehus. I tillegg må potensialet spesialisthelsetjenesten har som utdanningsarena benyttes bedre for å møte behovene for helsefagarbeidere i hele helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil derfor:

- øke antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus. Arbeidet

Boks 9.6 Helsefagarbeider Thorleif Johan Brønn ved Sykehuset Østfold HF



Figur 9.10 Helsefagarbeider Thorleif Johan Brønn

Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

«Da jeg begynte som helsefagarbeider, for over 30 år siden, bestod arbeidsoppgavene hovedsakelig av stell og pleie av pasientene. Nå, og særlig etter at vi flyttet inn i nytt sykehus her på Kalnes, er arbeidsdagen en helt annen», sier Thorleif Johan Brønn. «Vi tar for eksempel blodprøver, utfører NEWS-score som er et system for tidlig oppdagelse av forverring av tilstanden hos pasienten, vi gjør sårskift, bistår med hjelpemidler og har kontakt med kommunene ved utskri-

ving – i tillegg til oppgavene med pleie og stell av pasientene». Thorleif understreker hvor viktig det er at helsefagarbeidere tilbringer mye tid sammen med pasientene, fordi deres observasjoner er grunnleggende for den behandlingen teamet rundt pasienten gir.

Thorleif er ansatt i 100 prosent stilling. Han påpeker at det er viktig at helsefagarbeidere får tilbud om hele stillinger både for behandlingskvaliteten og for å beholde ansatte og deres kompetanse. «Det er mange måter å gjøre dette på», sier Thorleif. «Helsefagarbeidere kan få tilbud om full stilling når stillinger blir ledige, ulike former for rotasjonsordninger for helsefagarbeidere er en annen mulighet. Da kan man arbeide på flere avdelinger og på den måten få full stilling.» På Sykehuset Østfold har de dessuten etablert toårige traineestillinger for helsefagarbeidere. Traineene jobber på flere forskjellige avdelinger i løpet av traineperioden.

Thorleif mener at faglig utvikling er grunnleggende – for teamet som behandler pasienten, for pasientene og ikke minst for helsefagarbeiderne selv. Læringsmulighetene på arbeidsplassen er gode og videreutdanningstilbudene er tilpasset behovene i helse- og omsorgstjenestene. «Mulighetsrommet for kompetanseheving og livslang læring må benyttes», mener Thorleif.

Thorleif valgte å bli helsefagarbeider og har fortsatt i yrket. «Jeg liker folk, oppgavene og utfordringene i arbeidshverdagen. Ingen dager er like», sier han. «Dersom det er muligheter for faglig utvikling, livslang læring og arbeidsvilkårene er gode, er det ingen grunn til å ikke være helsefagarbeider hele yrkeslivet», sier Thorleif.

med å øke antallet helsefagarbeiderlæringer skal prioriteres i planperioden.

- opprette et opplæringskontor for helsefaglæringer og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.
- at de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, skal opprette et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere læringer i planperioden.
- at helseforetakene skal utarbeide planer for hvordan behovet for helsefagarbeidere skal dekkes

9.5.1 Flere læringer i helsefagarbeiderfaget

Regjeringen vil at antall læringer i spesialisthelse-tjenesten skal økes i planperioden. I foretaksmøtet i 2018 ble de regionale helseforetakene bedt om å sørge for at alle helseforetakene har lære-plasser innen helsefagarbeiderfaget. Dette kravet ble det vist til i foretaksmøtet i 2019. Da ble det også bedt om at det må sikres at andelen stillinger for helsefagarbeidere opprettholdes. Helseforetakene har arbeidet for å følge opp dette.

En ytterligere satsing på læringer reflekterer kompetansebehov i helse- og omsorgstjenestene,

Boks 9.7 Læringer i helsefagarbeiderfaget ved Stavanger universitetssykehus HF



Figur 9.11

Illustrasjonsfoto fra Stavanger universitetssykehus HF

Stavanger universitetssykehus HF har arbeidet systematisk med læringer i helsefagarbeiderfaget i flere år og har til enhver tid rundt 50 læringer i arbeid. De har lyktes med å gi helsefagarbeiderne en faglig identitet som gir forventninger til deres kompetanse, og de har læringer i helsefag blant annet i intensivavdelingen, i akuttmottak og ved psykiatrisk avdeling. Læringsløpet lønnes av den kliniske avdelingen/posten hvor læreløpet gjennomføres, og klinisk leder har arbeidsgiveransvar for læringsløpet. Aktuelle avdelinger har læringstiltinger i bemanningsplanen i eget budsjett. Faglig kvalitet i læretiden vises blant annet i gode sluttresultater for læringsløpet og lav frafallsprosent i læretiden.

samtidig som det er i tråd med Nasjonal kompetansepolitisk strategi 2017–2021 som er utarbeidet av regjeringen på tvers av flere departementer, med partene i arbeidslivet og andre aktører.

Erfaringer fra helseforetakene indikerer at ledelsesforankring av mulighetsrommet for bruk av læringer, samt etablering av opplæringskontor er viktige virkemidler for å øke antall læringer. Det skal derfor opprettes et opplæringskontor for helsefagarbeiderlæringer i tilknytning til hvert helseforetak. Opplæringskontorene kan også inkludere læringer fra andre fag som er relevante i sykehus. Flere helseforetak kan samarbeide om opplæringskontoret der det er hensiktsmessig. Opplæringskontorene vil gi bedre oppfølging av

læringsløpet og synliggjøre for organisasjonen hvilken kompetanse helsefagarbeiderne kan tilføre i sykehuset. Mange helsefagarbeidere kommer til å arbeide i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter fullført utdanning. Helseforetakene må derfor vurdere hvordan opplæringskontorene kan samarbeide med kommunene i eget område.

Stavanger universitetssykehus HF har lang erfaring med læringer i helsefagarbeiderfaget, jf. boks 9.7. Deres arbeid har gitt høy kompetanse på opplæring av læringer og bruk av helsefagarbeidere i sykehus. For å nyttiggjøre kompetansen som er opparbeidet vil regjeringen be Helse Vest RHF opprette et nasjonalt kompetansedelingsnettverk for oppfølging av målet om økning i læreplasser for helsefagarbeidere i planperioden.

9.5.2 Planer for å dekke behovet for helsefagarbeidere

Regjeringen vil at helseforetakene skal utarbeide planer for hvordan behovet for helsefagarbeidere kan dekkes. Nasjonal bemanningsmodell vil være et egnet verktøy for å beregne behovet for helsefagarbeidere og vurdere effekten av ulike tiltak.

Satsingen på læringer kan bidra til å gjøre helsefagarbeiderfaget mer attraktivt. Det skal legges til rette for livslang læring og kompetanseutvikling for helsefagarbeidere. Ved sykehuset Østfold HF tilbyr de eksempelvis traineeprogram for helsefagarbeidere og deltakerne gis oppfølging og opplæring. I traineeperioden er helsefagarbeideren på flere ulike avdelinger, både i kirurgiske og medisinske fag. Slike program kan virke både rekrutterende og de gir kompetanseheving. Det er derfor av betydning at slike opplegg og erfaringer deles mellom helseforetakene imellom som ledd i arbeidet med læringer i helsefagarbeiderfaget.

9.6 Tilgang på legekompentanse

Legers medisinske kompetanse er grunnleggende i spesialisthelsetjenesten. Legene må kontinuerlig tilegne seg og ta i bruk ny metodisk, vitenskapelig og faglig kunnskap, og kunne jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det stilles også krav til kompetanse i etikk, kultur- og relasjonsforståelse, kommunikasjon og pedagogikk, kunnskap om samhandling, juridisk kompetanse og god systemforståelse. Leger skal være trent i å se sammenhengen mellom helse, utdanning, arbeid og levevilkår. I tillegg må de ha digital og teknologisk kompetanse.



Figur 9.12 Spesialister i arbeid

Illustrasjonsfoto fra St. Olavs hospital, Borgos Foto AS

Som nevnt i avsnitt 9.2 anslår SSB at det kan være noenlunde balanse mellom tilgang og behov for blant annet leger og psykologer frem mot 2035. Det kan imidlertid være stor variasjon i tilgangen på legespesialister mellom ulike deler av landet og ulike spesialiteter.

Spesialistutdanningen for leger er lagt om fra 2017 og er under implementering i planperioden 2020–2023. Stillinger i spesialistutdanningens første del (leger i spesialisering (LIS1)) er viktige blant annet for å sikre god legedekning i distriktskommuner og ved mindre sykehus. Det er vanskelig for nyutdannede leger å få LIS1-stilling. I Granavold-erklæringen har regjeringen som målsetning å øke antall LIS1-stillinger for å imøtekomme rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen og spesialistmangelen i spesialisthelsetjenesten. I statsbudsjettet for 2020 er det foreslått å opprette 38 nye LIS1-stillinger. Alle de nye stillingene skal opprettes i Nord-Norge og er et målrettet tiltak for å møte rekrutteringsutfordringer, spesielt innen fastlegeordningen. Etter styrkingen vil det bli 988 LIS1-stillinger i Norge, hvorav 208 i Nord-Norge.

Spesialistutdanningens del 2 og del 3 kan gi et bedre utgangspunkt for å dekke behovet for legespesialister. Med utgangspunkt i et fremskrevet behov for ulike legespesialister utlyser helseforetak, kommuner og andre virksomheter stillinger for leger i spesialisering. I den nye ordningen har legene krav på en individuell utdanningsplan som skisserer hvordan og på hvilke steder de ulike læringsmålene for spesialiteten skal oppnås. Dette gjør at en kommune eller et sykehus med rekrutteringsutfordringer kan tilby en LIS-lege fast stilling, med et opplegg for hele utdanningsløpet, inkludert praksis som krever opplæring for eksempel ved spesialiserte sykehus. Legene får da en fast tilknytning til sykehuset eller kommunen der vedkommende er ansatt, i stedet for å måtte søke seg til ledige stillinger rundt om for å komme gjennom hele utdanningsløpet. Helseforetakene og kommunene vil på sin side lettere kunne rekruttere og beholde legene de ansetter ved at de tilbyr et helhetlig spesialisingsløp.

9.7 Digital kompetanse

Den medisinsk-teknologiske utviklingen innebærer at arbeidstakere må kunne håndtere et mer teknologintensivt arbeidsliv med store krav til omstilling og livslang læring. Det innebærer at helsepersonell må tilegne seg kompetanse i bruk av teknologi i behandlingssituasjonen. Bruk av teknologiske løsninger i spesialisthelsetjenesten for øvrig øker også i omfang. Fundamentet for kompetanse og teknologi og digitalisering må etableres allerede i grunnutdanningen. Studenter og elever ved helsefaglige utdanninger vil samtidig være vant til teknologi fra eget liv og vil forvente at også arbeidslivet er preget av digitaliserte prosesser. Grunn- og videreutdanningene må integrere bruk av teknologi i utdanningsprogrammene, både som undervisningsform og som verkøy i pasientbehandling.

Personell med teknologiutdanning har alltid vært viktige i sykehus, i blant annet pasientbehandling, dokumentasjon og sikkerhet. Det vil de fortsette å være, og arbeidsområdene deres vil sannsynligvis utvides. Teknologisk utvikling vil bidra til både automatisering av oppgaver og ny arbeidsdeling mellom personellgrupper. Sykehusene må tilpasse seg den teknologiske utviklingen slik at de raskt kan ta i bruk nye undersøkelses- og behandlingsmetoder. Kompetansesammensetningen i sykehusene må reflektere dette.

Sykehus i team ble lansert i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).



Figur 9.13 Digitalt medisinsk utstyr – en del av hverdagen

Illustrasjonsfoto fra St. Olavs hospital HF, Borgos Foto AS

Det innebærer at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehusene i et helseforetak og mellom helseforetakene i helseregionen skal styrkes og bli mer forpliktende. Nettverkene skal sikre god oppgavefordeling. Videre skal de sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Resultatet skal bli kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp. Bruk av teknologi er en forutsetning for at dette skal fungere i pasientbehandlingen. Teknologiske systemer for å bedre samarbeidet mellom sykehusene må videreutvikles slik at de kan understøtte bedre oppgavefordeling sykehusene imellom. Eksempelvis har sykehus i Nord-Norge tatt i bruk Helse Nord's regionale radiologiløsning, noe som bedrer pasientbehandlingen og bidrar til bedre bruk av kompetansen.

I diagnostikk og behandling er bruk av teknologi en forutsetning for god pasientbehandling. Som omtalt i kapittel 7 om teknologi har prosjektet DoMore! som mål å automatisere analyser av patologibilder av kreftsvulster. Det gjøres ved bruk av kunstig intelligens på store mengder bilder og vil blant annet gi bedre beslutningsstøtte

for kreftleger. Kliniske IKT-løsninger som DoMore! etableres i et samarbeid mellom teknologer og klinikere. Helseforetak uttrykker at det er vanskelig å rekruttere leger til arbeid med klinisk informatikk. Den nye utdanningen på NTNU i helseinformatikk som er nevnt i avsnitt 9.3.7 kan være et positivt bidrag for bidrag til denne kompetansen, men det vil ikke dekke hele behovet og det vil måtte arbeides langs flere linjer for å ivareta slikt samarbeid.

Teknologisk kompetanse må også omfatte kompetanse i digital sikkerhet. Kompetanse om trusler, sårbarheter og forebyggende tiltak er en forutsetning for å kunne unngå uønskede hendelser. Virksomheter i helsetjenesten må utvikle en god sikkerhetskultur, gjennomføre verdi- og skadevurderinger og implementere nødvendige sikkerhetstiltak.

Det er et lederansvar å sikre at virksomheten følger krav til personvern og informasjonssikkerhet. Dette ansvaret ivaretas som en del av arbeidet med virksomhetsstyring og kvalitetsforbedring. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gir et godt grunnlag for helhetlig og integrert styring. Ledelsesansva-

ret omfatter også å håndtere risiko på en helhetlig måte og på bakgrunn av dette gjennomføre tilstrekkelige tiltak, styring og kontroll.

Nasjonal strategi for digital sikkerhet (2019) viser at det er kompetanseutfordringer, spesielt for kombinasjonen innsikt i teknologi, ledelse og risikohåndtering. Strategien slår fast en målsetning om å styrke kunnskap om digital sikkerhetskompetanse blant annet i helsefagutdanningene.

9.8 Administrativ kompetanse

Personell som skal bistå annet personell i sykehus, ofte på tvers i organisasjonen, har en viktig rolle blant annet fordi de binder tjenestene sammen, sørger for god logistikk og bidrar til dokumentasjon. Helsesekretærer i sykehus bidrar til å sikre at kompetanse brukes riktig. Studier viser en positiv sammenheng mellom legenes produktivitet og antall sykepleiere og helsesekretærer per lege.³ Sykehuset Østfold HF har eksempelvis ansatt egne servicemedarbeidere. Servicemedarbeiderne gir sykepleierne og helsefagarbeiderne mer tid til pasientrettet behandling. Det er et lederansvar å påse at det er nødvendig tilgang på administrativ kompetanse i sykehus, og at også disse medarbeiderne utvikles gjennom nødvendig kompetanseheving.

Boks 9.8 Kompetanseprogram for kontorlagtjenesten

Ansatte i kontorlagtjenesten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus i Oslo har i samarbeid med VID Vitenskapelige høgskole tilbud å delta i et studieprogram på bachelornivå som gir 30 studiepoeng. Formålet med studiet er at det skal gi grunnleggende kjennskap til spesialisthelsetjenesten og sykehusets rolle, teoretisk og praktisk forståelse av kommunikasjon, relevant lovverk, kvalitetssikring og etikk, kunnskap om brukermedvirkning, voksenpedagogikk, organisasjonsteori, relevant lovverk, kvalitetsarbeid og forsknings- og utviklingsarbeid.

9.9 Kompetanseutvikling på tvers

Noen pasienter trenger helse- og omsorgstjenester fra både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse pasientene møter mange forskjellige ansatte. Alt helsepersonell som inngår i behandlingen av en pasient må kjenne til og kunne samvirke med andre som også har ansvar for pasienten. Innspill og erfaringer fra helseforetak og kommuner tilsier at gjensidig veiledning, deling og utvikling av kompetanse mellom kommuner og sykehus er viktig for å forbedre samhandlingen. Slik kompetansedeling er i tråd med ambisjonen om skape det utadvendte sykehus.

Kompetanseoverføring kan styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene og gi en mer sømløs pasientbehandling, bidra til en hensiktsmessig oppgaveglidning og bruke helsepersonells kompetanse optimalt. Kompetanseoverføring har blant annet som mål å gi helsepersonell kunnskap til å vurdere, håndtere og avslutte medisinsk behandling hvor de ellers ville overført pasienten til spesialisthelsetjenesten. Pasientene skal slippe unødvendig venting, oppleve god kommunikasjon og unngå dobbeltbehandling, unødige innleggelses og reinnleggelses.

For å få likeverd i samarbeidet om kompetansedeling må det være en målsetning å bevisstgjøre medarbeiderne om hverandres kompetanse. Det vil gi grunnlag for et likeverd i samarbeidet. Regjeringen vil oppfordre helsefelleskapene til å sette konkrete mål for deling av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kompetanse kan deles på mange måter og det må være rom for lokale tilpasninger:

- Kompetansebroen.no er et *nettsted for kompetansedeling* og samhandling i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF. Nettsiden gir tilgang til digitale læringsressurser, temabaserte fagområder, arrangementskalender og nyheter. Kompetansebroen er rettet mot helsepersonell og studenter og skal styrke informasjons- og kompetansedeling mellom kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner. Dette er et viktig tiltak for å styrke samhandling, standardisering av opplæring og tryggere overføringer av pasienter mellom sykehuset og kommunene.
- *Hospitering* innebærer at en arbeidstaker er i arbeid for å lære, uten å være fast ansatt. Dette er en lavterskelordning for kompetanseutvikling og kompetanseoverføring. Hospitanten er

³ Johannesen, Kittelsen, Hagen. (2017). Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform; A panel and data envelopment analysis.

med i den vanlige arbeidshverdagen. Arbeidsgiver har ingen forpliktelse om ansettelse etterpå. Hospitering passer for alle personellgrupper, gir læring på tvers og bedre forståelse mellom tjenestestedene. For å stimulere til kompetanseoverføring mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten, skal det som del av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, etableres et tilskudd for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

- *Faglige nettverk* kan bidra til utveksling av kompetanse mellom personell, eller mellom personell og pasienter, for eksempel om en spesifikk sykdom eller gruppe pasienter:
 - I sørsamiske områder har samiske fagfolk fra spesialist- og kommunehelsetjenesten med kompetanse i samisk språk og kulturforståelse dannet felles fagnettverk på tvers av kommunegrenser og spesialisthelsetjenester.
 - ParkinsonNet, jf. omtale i boks 4.16, er en annen type nettverksmodell for deling av kompetanse. Kjernen i modellen er at fagpersoner med ulik kompetanse er knyttet sammen i faglige nettverk gjennom grunnkurs, e-læring og regionale nettverk, og at pasienter enkelt kan kontakte faglig kompetanse og andre pasienter/pårørende med brukererfaring.
- *Delte stillinger* mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten kan bidra til å styrke samhandlingen om pasientbehandlingen. Ordningen er egnet for deling av høy kompetanse hvor kompetanseoverføring, planmessighet og faglig støtte er avgjørende for kvalitet i hele pasientforløpet. Det kan også være et alternativ for å få tilgang på kompetanse som det er knapphet på.
 - Lovisenberg Diakonale Sykehus har en klinisk ernæringsfysiolog i delt stilling med Sagene bydel. Det har ført til større grad av faglighet, systematikk og planmessighet i pasientarbeidet, færre reinnleggelser og større grad av kompetanseoverføring til andre personellgrupper. For brukerne har det gitt større nærhet og helhet i tjenesten ved at de får oppfølging både ved hjemmebesøk eller ved besøk på poliklinikk.
- Akuttkjedeprosjektet og palliativt team, begge ved Sykehuset Telemark HF, bidrar til *kompetanseoverføring fra sykehus til kommunene*, samtidig som de ivaretar samhandlingen. SAM-AKS ved Sykehuset Innlandet HF er en modell

for overføring av kompetanse innen alderspsykiatri fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

- Akuttkjedeprosjektet i Telemark involverer Sykehuset Telemark HF, ambulansetjenesten, AMK, legevakter, fastleger, kommuner og andre aktører. Prosjektet skal bedre akuttjenestene ved å styrke samarbeidet og øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De ansatte i hjemmetjenesten er sentrale fordi de ofte møter pasienten først. De får opplæring og utstyr som gjør at de kan vurdere akuttsituasjoner og gjøre bruk av rutiner for hvordan situasjoner skal håndteres.
- Palliativt team ved Sykehuset Telemark HF består av kreftsykepleier og overlege som gir tilbud til kommuner om bistand og kompetanseoverføring ved palliativ omsorg slik at døende kreftpasienter kan få palliativ behandling hjemme. Hjemmebehandlingen starter tidlig i et tett samarbeid med fastleger, kontaktsykepleiere og hjemmetjenesten som følger opp pasienten i hverdagen.
- SAM-AKS er et samarbeid mellom alderspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Samarbeidet ble startet av Sykehuset Innlandet HF og noen kommuner i Hedmark/Opland. Sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten bistår sykehjem med veiledning, opplæring av personell og ved direkte pasientkontakt. I tillegg motiveres kommunene til kunnskapsheving og forskningsarbeid. SAM-AKS har vært i stadig utvikling, og endringer er gjort på bakgrunn av tilbakemeldinger fra deltakende kommuner.
- Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten må i større grad jobbe i *tverrfaglige team* rundt pasienter som har behov for det. Generalistene i kommunene har viktig kompetanse som sammen med spesialisthelsetjenestens mer diagnosespesifikke perspektiv gir helhet i pasientforløpet. For personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, vil ACT/FACT-team være viktig, mens pasientsentrerte helsetjenesteteam og oppfølgingsteam vil være nyttige for eldre med flere diagnoser, og andre med store og sammensatte behov. Selv om formålet med disse teamene er å gi behandling til pasientene, vil en positiv konsekvens være utveksling av kompetanse mellom helsepersonell.



Figur 9.14 Simulering

Illustrasjonsfoto fra St. Olavs hospital, Borgos Foto AS

9.10 Deling av kunnskap om simulering

Helsepersonell må ha ferdigheter som gjør at de kan mestre sammensatte og kompliserte behandlingsforløp og behandlingsmetoder i praktisk arbeid. Det kan være utfordrende å få innøvd nødvendig teoretisk og praktisk kompetanse i en utdanningssituasjon eller i en vanlig arbeidsdag. Endringer i pasientgrunnlag og desentraliserte funksjoner bidrar til at muligheter for trening snevres inn. Simulering er strukturerte opplegg for trening ved bruk av teori og praksis uten pasient og er en god læringsform for innøving av ferdigheter og generell kompetanse. Helseforetakene skal øke bruken av simulering for kompetanseheving og øke samarbeidet med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering.

Simulering som læringsform har dokumentert effekt og kan brukes i mange sammenhenger, for eksempel ved innøving av kliniske prosedyrer og ferdigheter, trening på behandlingsforløp, til kommunikasjonstrening og teamarbeid for å nevne noe. Simulering gir effektiv kompetanseutvikling, forbedret behandlingskvalitet og ivaretar pasient-

Boks 9.9 Simulering ved Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Innlandet etablerte i 2014 et senter for simulering og innovasjon ved det psykiatriske sykehuset Sanderud utenfor Hamar – SIMInnlandet. SIMInnlandet er en utviklingsarena i helseforetakets satsing på innovasjon og kompetanseutvikling. Flere fagmiljøer trener ved bruk av medisinsk og VR-basert (virtual reality) simulering:

- simuleringstrening for spesialister og miljøterapeuter i akutte og komplekse scenarier
- virtuell ferdighetstrening innenfor relasjonskompetanse og i forberedelse til ECT-behandling
- terapeutisk konflikthåndtering, selvmordsforebyggende arbeid og traumeforståelse

sikkerheten fordi man skal ha oppnådd et gitt nivå av ferdigheter før man får gjøre det samme på en levende pasient.

Utarbeiding av gode simuleringsopplegg krever høy faglig kompetanse i pedagogikk. God metodisk tilnærming er grunnleggende for å utvikle simuleringsopplegg av høy kvalitet som kan deles. For å utnytte ressursene riktig, er det viktig å koordinere arbeidet med grunnlaget for gode simuleringsopplegg.

De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt samarbeid om utvikling og bruk av simulering som metode. Helse Vest skal lede dette arbeidet.

9.11 Forskning

Forskning er en av helseforetakenes fire lov-pålagte oppgaver. Forskningsaktiviteten er viktig for kvalitet i tjenestene og for fagutviklingen. Den forskningen som gjøres i spesialisthelsetjenesten skal komme pasientene til gode gjennom at den bringer fram ny kunnskap og gir de ansatte økt kompetanse. Det bidrar også til at undervisningen er forskningsbasert. Det er i hovedsak legene som forsker, men det er ønskelig at flere personellgrupper deltar aktivt i forskning, og ikke bare som støttepersonell.

Helsepersonell som har valgt forskning som karrierevei, deler arbeidstiden mellom klinikk og

forskning, ofte med en bistilling ved et universitet. Denne nære koblingen gir klare fordeler ved gjennomføring av pasient- og klinikknær forskning, som sykehusene har et hovedansvar for. Klinikere er best egnet til å stille gode forskningsspørsmål, og nærhet til klinikk gir tilgang til pasienter og viktig infrastruktur. Pasientforløpene vil med persontilpasset medisin ofte involvere forskning, jf. omtale i avsnitt 7.4.

Det er et ledelsesansvar å legge til rette for at forskning inngår som en integrert del av pasientbehandlingen, at tid til klinikk balanseres mot tid til klinisk forskning, å sørge for støttepersonell og at det skapes en kultur og et handlingsrom for klinisk forskning og annet utviklingsarbeid.

9.12 Helsepersonell med utdanning fra utlandet

Helsepersonell med utdanning fra utlandet utgjør en betydelig andel av personellet i helse- og omsorgstjenesten. Særlig gjelder det leger og psykologer. I følge en rapport fra Helsedirektoratet fra 2018 utføres:

- omtrent fire av ti årsverk av en lege med utdanning fra utlandet
- mindre enn hvert tiende sykepleierårsverk av en sykepleier med utdanning fra utlandet
- omtrent hvert fjerde psykologårsverk av en psykolog med utdanning fra utlandet
- omtrent syv prosent av helsefagarbeiderårsverkene av en helsefagarbeider med utdanning fra utlandet

De fleste leger og psykologer med utdanning fra utlandet er norske statsborgere som velger å stu-

dere i utlandet, og som returnerer til Norge etter endt utdanning. Innslaget av norske borgere som tar utdanning som sykepleier eller helsefagarbeider i utlandet, er begrenset.

Tilgang på helsepersonell med utdanning fra utlandet, i hovedsak EØS-området, har vært avgjørende for å sikre nok kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Markedet for formidling av helsepersonell fra utlandet ser ut til å ha respondert raskt på økt etterspørsel. Samtidig kan kostnadene for kommuner og sykehus bli høye ved bruk av disse tjenestene. I tillegg har kontraktene ofte kort varighet. Dersom tilgangen på utenlandsk helsepersonell går ned eller personellet flytter ut av Norge, kan det skape store rekrutteringsutfordringer hos enkelte kommuner og i enkelte sykehus. Denne sårbarheten er mindre for norske borgere som har tatt helsefaglig utdanning i utlandet.

Rekruttering av helsepersonell utdannet i utlandet vil trolig være et bidrag for å møte rekrutteringsutfordringene fremover. Selv om det primære svaret på økt behov bør være utdanning av personell i Norge og tiltak for å øke/forlenge yrkesdeltakelsen til eksisterende personell, vil rekruttering fra utlandet fortsatt kunne være viktig for å sikre en bærekraftig utvikling. Mange kommuner og sykehus har vært avhengig av slik rekruttering de siste to tiårene, og det er lite som tyder på at tilgangen til norskutdannet personell vil bli vesentlig annerledes fremover. Det er derfor viktig å både holde på ansatte med utdanning fra utlandet og bruke mulighetene som ligger i å rekruttere flere med utdanning fra utlandet. Dette ansvaret hviler i all hovedsak på arbeidsgiverne.

Boks 9.10 Regjeringen vil

- oppfordre helsefelleskapene til å sette konkrete mål for deling av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- be helseforetakene lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet.
- etablere et nasjonalt system for å følge med på tilgang på og behov for sykepleiere i den samlede helse- og omsorgstjenesten
- øke antall utdanningsplasser for spesialsykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie med basis i kunnskap om behov
- revidere utdanningene for spesialsykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie
- revidere den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid, og etablere en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot sykepleiere
- utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus, og tilrettelegge for utvikling av en utdanning for slik kompetanse
- øke antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger skal prioriteres i planperioden.
- opprette et opplæringskontor for helsefagarbeiderlærlinger og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.
- at de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, skal opprette et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere lærlinger i planperioden.
- be Helse Vest RHF opprette et nasjonalt nettverk for deling av metoder for utvikling av simuleringsopplegg og deling av disse mellom helseforetakene.

10 Kan ressursene brukes bedre?

Boks 10.1 Hvor vil vi?

Det er bygget en god kultur for lokalt forbedringsarbeid. Det går raskere å gjennomføre endringer enn før, og kunnskap om hva som virker sprer seg raskere mellom avdelinger og sykehus. Sykehusene jobber systematisk med inn- og utfasing av metoder basert på prinsippene for prioritering og oppdatert kunnskap. Kloke valg har festet seg som allmenn tilnærming blant klinikerne. Kunnskap om uønsket variasjon, blant annet gjennom helseatlas, brukes aktivt både i faglig normering og styring for å støtte forbedringsarbeidet. Nødvendig styringsinformasjon er tilgjengelig for ledere på alle nivåer, og førstelinjeledere har handlings-

rom og beslutningsstøtte som setter dem i stand til å gjennomføre forbedringsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet angir overordnede prioriteringer i Nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år.

Pasientskader knyttet til legemidler, infeksjoner og fall er redusert, og nye pasientsikkerhetsutfordringer oppdages tidlig og følges opp med forebyggende tiltak. Sykehusene preges av en kultur med åpenhet om uønskede hendelser. Uønskede pasienthendelser meldes internt og følges opp med tanke på læring og forebygging. Risiko for pasientskader blir vurdert ved planlegging og gjennomføring av tiltak.

10.1 Innledning

Mulighetene og ønskene i helse- og omsorgstjenesten overstiger ressursene vi har til rådighet. En aldrende befolkning, knapphet på helsepersonell, utvikling av kostbar medisinsk teknologi og økte forventninger i befolkningen vil trolig øke dette gapet framover. Å gjennomføre tiltak og omstillinger som gjør at vi får mer helse ut av ressursene vi har blir derfor en stadig viktigere oppgave. Forslagene knyttet til utvikling av pasientbehandlingen i Nasjonal helse- og sykehusplan, jf. kapitlene om samhandling, prehospitale tjenester, teknologi og psykisk helsevern, vil bidra til dette. Regjeringen vil i tillegg videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon i forbruk og effektivitet og forbedre pasientsikkerheten.

10.2 Hvordan prioritere bedre?

Stortinget har slått fast at kriteriene for prioritering skal ligge til grunn for beslutninger om fordeling av ressurser i spesialisthelsetjenesten. Pasienters rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste blir vurdert mot disse kriteriene, og kriteriene står sentralt

når helseregionene skal beslutte hvilke behandlingsmetoder som skal tilbys. Brorparten av ressursene i sykehusene blir imidlertid fordelt gjennom ulike administrative beslutninger, blant annet fastsettelse av budsjetter, gjennomføring av anskaffelser, rekruttering og vedtak om investeringer. Disse blir i liten grad tuftet på eksplisitte vurderinger mot kriteriene for prioritering.

Et eksempel på beslutninger om ressursfordeling i sykehusene som kan ha konsekvenser for tjenestetilbudet til pasienter, er fordeling av midler til utdanningsstillinger til leger (LIS2 og LIS3). Omtrent 40–50 prosent av legeårsverkene ved sykehusene utføres av leger i utdanningsstillinger. Beslutninger om fordeling av utdanningsstillinger mellom fagområder legger sentrale føringer for fremtidig tjenestetilbud og for ulike pasientgruppers tilgang til helse- og omsorgstjenester. Departementet er samtidig ikke kjent med at fordelingen av disse ressursene er tuftet på en vurdering av prioriteringskriteriene.

Regjeringen har foreslått at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene om nytte, ressursbruk og alvorlighet, jf. Prop. 55 L (2018–2019) om lovfesting av systemet for nye metoder,

Boks 10.2 Stortingsmeldingen om prioritering

Hvorfor må vi prioritere? Kan vi ikke gi alle all den helsehjelpen de ønsker seg? En grunnleggende utfordring for helsetjenesten er at mulighetene og ønskene overstiger ressursene. Vi kan derfor ikke velge om det skal prioriteres. Prioriteringene skjer uansett hvilke intensjoner vi har. Vi kan imidlertid velge prinsippene som skal ligge til grunn for disse beslutningene. Uten slike prinsipper blir prioriteringene mer tilfeldige, pasienter med likeartede behov får ulik behandling og det kan bli vanskeligere å oppnå legitimitet om vanskelige beslutninger.

Regjeringen la i 2016 frem en stortingsmelding om prioritering i helsetjenesten (Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering). I meldingen klargjorde regjeringen prinsipper, roller og

ansvar knyttet til prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten, og forankret en slik klargjøring i Stortinget. Stortinget har sluttet seg til prinsipper for prioritering som skal bidra til likeverdig og rettferdig tilgang til helsetjenester, som er økonomisk og politisk bærekraftig, og i tråd med verdigrunnlaget for helsetjenesten.

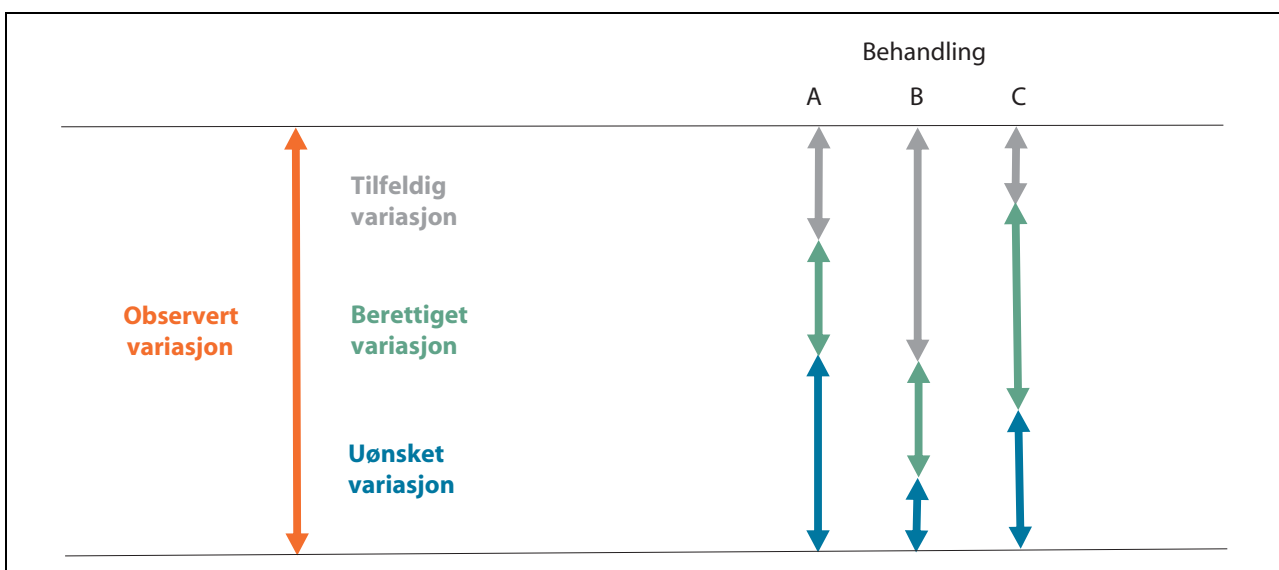
I 2018 ble NOU 2018: 16 Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester, lagt frem. Utredningen er den første som behandler prinsipper for prioritering i denne delen av helse- og omsorgstjenesten. Basert på dette arbeidet, tar regjeringen sikte på å legge frem en stortingsmelding om prioritering i kommunene i løpet av 2020.

oversendt Stortinget våren 2019. En mekanisk videreføring av eksisterende ressursfordeling blant annet gjennom budsjett- og planprosesser gir ikke nødvendigvis et tjenestetilbud som er i tråd med kriteriene for prioritering. Helse- og omsorgsdepartementet har, i revidert oppdragsdokument 2019, stilt krav om at planlegging av fremtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i fremskrivninger av befolkningens behov for helse-tjenester og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Regjeringen mener at de regio-

nale helseforetakene og helseforetakene i sine neste utviklingsplaner bør synliggjøre hvordan tjenestetilbudet skal utvikles for å være i tråd med overordnede prioriteringer.

10.3 Hvordan redusere uønsket variasjon?

Det er betydelig variasjon innen mange områder i helsetjenesten. Variasjon er uønsket når den ikke



Figur 10.1 Illustrasjon av uønsket variasjon

Kilde: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykkelighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med. Figur 10.1 illustrerer dette. Hvor mye av den observerte variasjonen som anses som uønsket kan variere mellom ulike behandlinger. Den tilfeldige variasjonen vil typisk være større for sjeldne behandlinger. Mer av variasjonen kan være berettiget for behandlinger der det er geografiske forskjeller i befolkningens sykkelighet.

Uønsket variasjon kan oppstå på ulike områder:

- Variasjon i forbruk kan være et uttrykk for praksisforskjeller og ulikheter i tilbud mellom sykehus. Det kan innebære at noen ikke får tjenestene de har behov for (underforbruk), eller at ressursene brukes på pasienter som ikke har behov for eller nytte av tjenestene de mottar (overforbruk). I sistnevnte tilfelle utsettes også pasientene for unødig risiko for pasientskader.

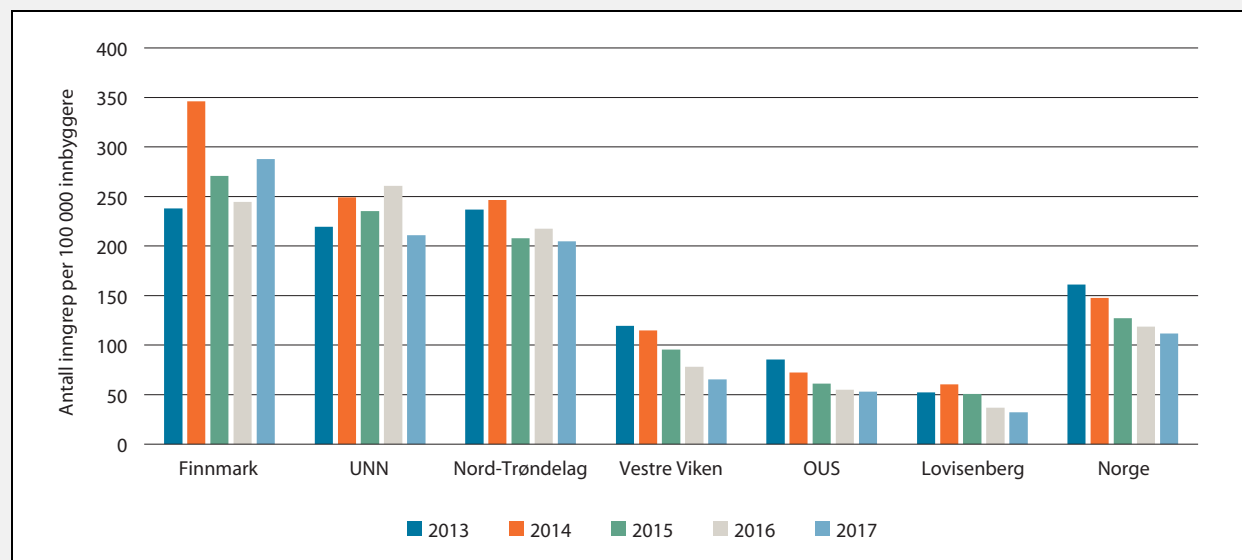
Boks 10.3 Helseatlas

Helseatlasene fra SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) har siden 2014 dokumentert betydelig geografisk variasjon i forbruk av helsetjenester. Det er utarbeidet atlas for gynekologi, dagkirurgi, ortopedi, nyfødtmedisin, barnehelse, fødselshjelp, eldrehelse og kols.

Alle helseatlasene, unntatt kolsatlasen, viser helsetjenester hvor den høyeste forbruksraten er mer enn fire ganger så høy som den laveste. Når det er mer enn dobbelt så mye av en hendelse i et helseforetak som i et annet, vurderer SKDE at variasjonen er betydelig, og at det er vesentlig sjanse for at deler av variasjonen er uønsket.

Det var særlig stor oppmerksomhet rundt dagkirurgiatlasen fra 2015, som viste stort

omfang og betydelig variasjon i bruk av skulder- og meniskkirurgi mellom helseforetakene. For eksempel ble det utført over fire ganger så mange meniskingrep per innbygger i Møre og Romsdal som i Stavanger. Det er godt dokumentert at disse inngrepene har lav nytte for de fleste pasienter, sammenliknet med konservativ behandling. En oppdatering av dagkirurgiatlasen i 2018 viste at det har vært en betydelig reduksjon i omfanget av disse operasjonene. Helse Sør-Øst RHF har blant annet jobbet målrettet med å få ned omfanget av skulderoperasjoner, særlig hos private avtaleparter. Variasjonen mellom helseforetakene med høyest og lavest forbruksrate har imidlertid økt fra 2015 til 2018. Det viser at det er et potensial for at sykehusene blir flinkere til å lære av hverandre.



Figur 10.2 Variasjon i forbruk av skulderoperasjoner i utvalgte helseforetak og landsgjennomsnitt. Antall inngrep per 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder

Kilde: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

- Variasjon i kvalitet har stor betydning for den samlede ressursutnyttelsen. Dette kan for eksempel være variasjon i pasientskader, reinnleggelsesrater eller i overlevelse etter ulike sykdommer. Det er stor variasjon mellom helseforetakene i andel sykehusopphold med pasientskade. Pasientskader kan medføre store tap av helse for de berørte, samtidig som sykehusene unødvendig binder opp ressurser, både når skaden oppstår og deretter når skaden forsøkes rettet opp. Pasientskader er drøftet nærmere i avsnitt 10.5.
- Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse innebærer at det varierer hvor mye utredning og behandling sykehusene får ut av tilgjengelige ressurser. Effektivitet er drøftet nærmere i avsnitt 10.4.

Departementet har de seneste årene vektlagt reduksjon av uønsket variasjon i forbruk i styringen av de regionale helseforetakene. Utviklingen av helseatlas har vært et viktig tiltak på nasjonalt nivå for å få frem uønsket variasjon i forbruk, se boks 10.3. Andre virkemidler for å redusere variasjoner i forbruk og praksis, er blant annet nasjonale faglige retningslinjer, pakkeforløp og prioriteringsveiledere.

I oppdragsdokumentet for 2019 er de regionale helseforetakene bedt om å vurdere om enkelte kirurgiske prosedyrer som utføres i dag, ikke skal benyttes rutinemessig, eller kun etter spesifikke kriterier. Bakgrunnen er at det finnes dokumentasjon på at disse metodene ikke har klinisk effekt, eller det finnes andre metoder med bedre effekt og mindre bivirkninger. Behovet for å endre nasjonale faglige retningslinjer og finansieringsordninger skal være en del av vurderingen. Gjennomgangen skal baseres på et arbeid som er gjort i England.¹ Dette arbeidet bør videreføres og over tid gjennomføres systematisk for alle områder i spesialisthelsetjenesten der man observerer uberettiget variasjon i praksis, og hvor metoder kan være overflødige eller behandlingen ikke bør gjennomføres av kvalitetshensyn.

Omstillingene som gir lavere variasjon, må skje ute i tjenesten der beslutninger om utredning og behandling tas. For at slike omstillinger skal ha legitimitet, er det avgjørende at bakgrunnen for endringene er kunnskapsbasert og forankret i de kliniske fagmiljøene. Fagrevisjon er et eksempel på en arbeidsmetodikk som kan bidra til å standardisere pasientbehandlingen i tråd med beste

¹ The Evidence-Based Interventions Programme

Boks 10.4 Gjør kloke valg

Gjør kloke valg-kampanjen ble lansert av Legeforeningen i 2018. Kampanjen er en norsk versjon av kampanjen «The Choosing Wisely Campaign» som ble startet i USA i 2012. Kampanjen oppfordrer helsepersonell og pasienter til en samtale om problemene knyttet til overdiagnostikk og overbehandling. Alle spesialistforeningene har laget anbefalinger om prøver, tester, prosedyrer og undersøkelser som ikke alltid er nødvendige, og plager som ikke alltid trenger utredning eller behandling. Pasientene inviteres til en dialog om konsekvensene av overdiagnostikk og overbehandling, og til å stille legen fire spørsmål:

1. Trenger jeg denne testen/prosedyren/behandlingen?
2. Hva er risiko og bivirkninger?
3. Finnes det alternativ?
4. Hva skjer om jeg ikke tar testen/prosedyren/behandlingen?

Ved å belyse problemene som følger av overdiagnostikk og overbehandling, identifisere årsaker eller drivere og hvilke fagområder som er mest utsatt, håper Legeforeningen gjennom gjør kloke valg-kampanjen å redusere omfanget og bruke ressursene riktig og mer målrettet – blant annet for å forebygge underdiagnostikk og underbehandling.

praksis. Metodikken innebærer at fagfeller vurderer hverandres praksis, blant annet ved å gjennomgå journaler og vurdere beslutninger knyttet til indikasjon og metoder for behandling. Departementet stilte i 2017 krav om at det etableres et nasjonalt nettverk for fagrevisjon, og at det legges til rette for et system for fagrevisjoner i helseforetakene. Det er imidlertid bare gjennomført et begrenset antall fagrevisjoner siden kravet ble stilt. Det er et mål at det gjennomføres flere fagrevisjoner.

Gjør kloke valg-kampanjen (se boks 10.4) er et eksempel på et initiativ fra fagmiljøene, som tar sikte på å spre kunnskap om overforbruk av helsetjenester og på den måten bidra til bedre kvalitet og forebygging av eventuelt underforbruk. Regjeringen mener at gjør kloke valg-kampanjen er et viktig initiativ. Kampanjen inviterer blant

annet til mer dialog mellom pasient og helsepersonell om ulike behandlingsalternativer. Dette er i tråd med regjeringens målsettinger knyttet til samvalg, jf. kapittel 3. Flere studier viser at hvis pasienter får god informasjon om de ulike behandlingsalternativene for deres tilstand, for eksempel gjennom bruk av samvalgsverktøy, velger de i mindre grad ressurskrevende spesialistbehandling eller operasjon.²

Regjeringen mener at arbeidet med å identifisere områder med stor og uønsket variasjon må videreføres. Det kan ikke aksepteres at det er store og systematiske forskjeller over tid, som ikke lar seg forklare av utenforliggende forhold. Det strider mot prinsippet om likeverdige tjenester. De regionale helseforetakene og Helsedirektoratet må bruke informasjon om uønsket variasjon til å fastsette og anbefale beste praksis. Helseforetakene må bli bedre til å sørge for at kunnskap om dette spres og etterleves. Fagmiljøenes involvering og engasjement i dette arbeidet er avgjørende for lykkens. Ansvar for å gjennomføre nødvendig forbedringsarbeid ligger hos øverste leder i det enkelte regionale helseforetak og helseforetak. Toppledelsen kan delegerer slike oppgaver nedover i organisasjonen, men det overordnede ansvaret ligger fast.

² Hess E. P. et al. (2016). Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial. *BMJ* 2016;355:i6165 og A Arterburn, et al. (2012). Introducing decision aids at Group Health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. *Health Affairs*, 31(9), 2094-2104.

10.4 Hvordan yte tjenester mer effektivt?

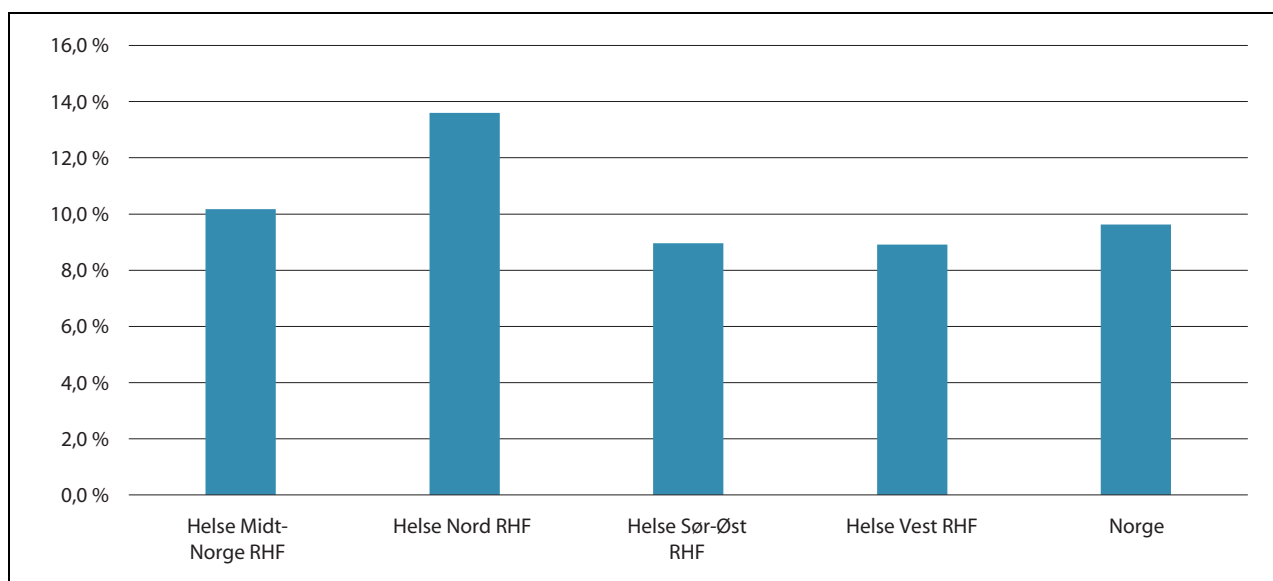
I tillegg til å gjøre de riktige tingene, jf. avsnitt 10.3, er det viktig at sykehusene gjør tingene riktig. Effektivisering innebærer å endre logistikk, arbeidsformer eller organisering, slik at man kan gi pasientene et like godt tilbud med lavere ressursbruk – eller et bedre tilbud med lik ressursbruk.

Det har vært en betydelig effektivisering i spesialisthelsetjenesten de siste 15–20 årene. En rapport fra 2016 beregner at samlet produktivitetsvekst i perioden 1999–2014 var 24 prosent i somatikken.³ De siste ti årene har det vært positive økonomiske resultater i de regionale helseforetakene. Likevel indikerer flere studier at det er rom for økt effektivitet i sykehusene. Riksrevisjonen avdekket stor variasjon i effektivitet, for eksempel i utnyttelsen av operasjonsstuer og poliklinikker og andelen kirurgi som utføres som dagkirurgi.⁴ En studie fra 2017 finner at legenes produktivitet er redusert i perioden 2001–2013.⁵ Studien viser samtidig en tydelig positiv sammenheng mellom legenes produktivitet og antall sykepleiere og sekretærer per lege. Det tyder på at sykehusene kan øke effektiviteten gjennom en bedre personsammensetning.

³ Anthun, Kittelsen, Magnussen (2016). Produktivitet i spesialisthelsetjenesten

⁴ Riksrevisjonen. Dokument 3: 2 (2014–2015). Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus

⁵ Johannesen, Kittelsen, Hagen (2017). Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: a panel and data envelopment analysis.



Figur 10.3 Andel brutte pasientavtaler (passert planlagt tid) ved utgangen av 2018

Kilde: Helsedirektoratet, 2019

Å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen har vært ett av tre hovedmål i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene siden 2016. Departementet har blant annet vektlagt utvikling av nasjonale indikatorer som måler variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Det gir mulighet for helseforetakene til å sammenlikne seg med andre og analysere og forstå bakenforliggende årsaker for variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Indikatorene bør brukes som grunnlag for lokalt forbedringsarbeid. Nye datakilder, slik som nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) og data fra KPR (kommunalt pasientregister) kan kobles med aktivitetsdata fra spesialisthelsetjenesten for å gi enda bedre innsikt i prosesser og sammenhenger.

Riksrevisjonen har gjennom bruk av slike indikatorer sett blant annet på sammenhengen mellom planleggingshorisont ved poliklinikkene og evnen til å overholde planlagte timeavtaler.⁶ De finner at poliklinikker med kort planleggingshorisont har vesentlig flere pasienter som ikke får gjennomført konsultasjon innen planlagt tid, enn poliklinikker med lang planleggingshorisont. Andelene utgjør henholdsvis 25 og 7 prosent av forventet aktivitet neste måned. Figur 10.3 viser hvordan andelen kontakter med passert planlagt tid fordeler seg mellom helseregionene.

Vellykkede forbedringsprosjekter knyttet til å forbedre pasientflyt og kapasitetsutnyttelse ved poliklinikker ser ut til å ha flere likhetstrekk. De kjennetegnes gjerne av at:

1. Det gjennomføres analyser av egen pasientstrøm og aktivitet. Utgangspunktet er observert variasjon, sammenlikning med andre og brukererfaringer.
2. Arbeidet er tverrfaglig og godt forankret i ledelsen. Administrasjonen i helseforetaket, eventuelt det regionale helseforetaket, bistår i analysearbeidet og med forslag til endringer.
3. Merkantile funksjoner styrkes for å sikre god planlegging av pasientstrømmen og for å frigi helsepersonellens tid til pasientrettet arbeid.
4. Lengre planleggingshorisont innføres. Bemanningen tilpasses til aktiviteten.
5. Dugnad/ekstra ressurser settes inn i oppstarten for å redusere eventuelt etterslep som har bygget seg opp. Deretter gir bedre organisering og logistikk varige resultater.

Boks 10.5 og 10.6 illustrerer hvordan to avdelinger ved henholdsvis Sykehuset Telemark HF

og Helse Bergen HF har jobbet for å forbedre pasientflyt og kapasitetsutnyttelse.

Det er en utfordring at relativt enkle grep, som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelsen, mange steder ikke gjennomføres. Siden 2016 har alle helseforetak vært pålagt å ha en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minimum seks måneder. Riksrevisjonens undersøkelse viser imidlertid at mange poliklinikker ikke etterlever dette. Det er en ledelsesutfordring. Samtidig har vi kunnskap om at førstelinjeledere i sykehus ofte mangler nødvendig handlingsrom og støtte til å drive omstillinger. Riksrevisjonen viser til at mange av førstelinjelederne jobber aktivt klinisk ved siden av å være leder, og at de opplever at de har begrenset kapasitet til å ivareta lederansvaret på en effektiv måte. Mange har begrensede muligheter til å delegerer administrative oppgaver. Flere rapporterer om mangel på tilpasset og oppdatert styringsinformasjon som kan gi grunnlag for målrettet forbedringsarbeid. Det er toppledelsen i helseforetakets ansvar å sørge for at ledere ved klinikkene har tilstrekkelig handlingsrom til å drive nødvendige forbedringer.

Forbedringsprogrammet på St. Olavs hospital HF er et eksempel på målrettet og systematisk arbeid for å forbedre ressursutnyttelsen. Programmet er et sentralt virkemiddel for å møte fremtidige utfordringer i helseforetaket. Det eies av ledelsen ved helseforetaket, som rapporterer om måloppnåelse til styret tre ganger i året. De enkelte tiltakene i programmet baserer seg imidlertid på en nedenfra og opp-tilnærming. Det bidrar til å gi hele organisasjonen eierskap til forbedringsarbeidet. Tillitsvalgte, ledere og ansatte på ulike nivåer i klinikkene har vært involvert i valg av satsingsområder i forbedringsprogrammet, som i 2019 omfatter:

- tjenesteinnovasjon
- brukererfaringer
- sykehusinfeksjoner
- varekostnader

Innenfor tjenesteinnovasjon er hver enkelt klinikk utfordret til å etablere egne prosjekter der målet er mer kostnadseffektive og kvalitativt bedre tjenester. Prosjektene skal være implementert i løpet av 2019 med helårseffekt fra 2020. Klinikkene har stått fritt i valg av prosjekt, men alle prosjektene skal etablere nøkkelindikatorer knyttet til kostnadseffektivitet/økonomisk gevinst, og det rapporteres jevnlig på disse. Prosjektene spenner fra mindre prosjekter til store, klinikkovergripende tiltak.

⁶ Riksrevisjonen. Dokument 3: 2 (2018–2019) Undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressursene

Boks 10.5 Forbedringsprosjekt ved ortopedisk poliklinikk, Sykehuset Telemark HF

Bakgrunnen for prosjektet var en økning i antall pasienter på venteliste og et økende antall brutte timeavtaler (passert planlagt tid). For de ansatte gjorde dette hverdagen stressende, både fordi det kunne gå utover pasientsikkerheten og fordi de ikke klarte å snu trenden.

Det ble gjort en omfattende kartlegging av nåsituasjonen og analyse av rotårsaker. Kartleggingen viste blant annet:

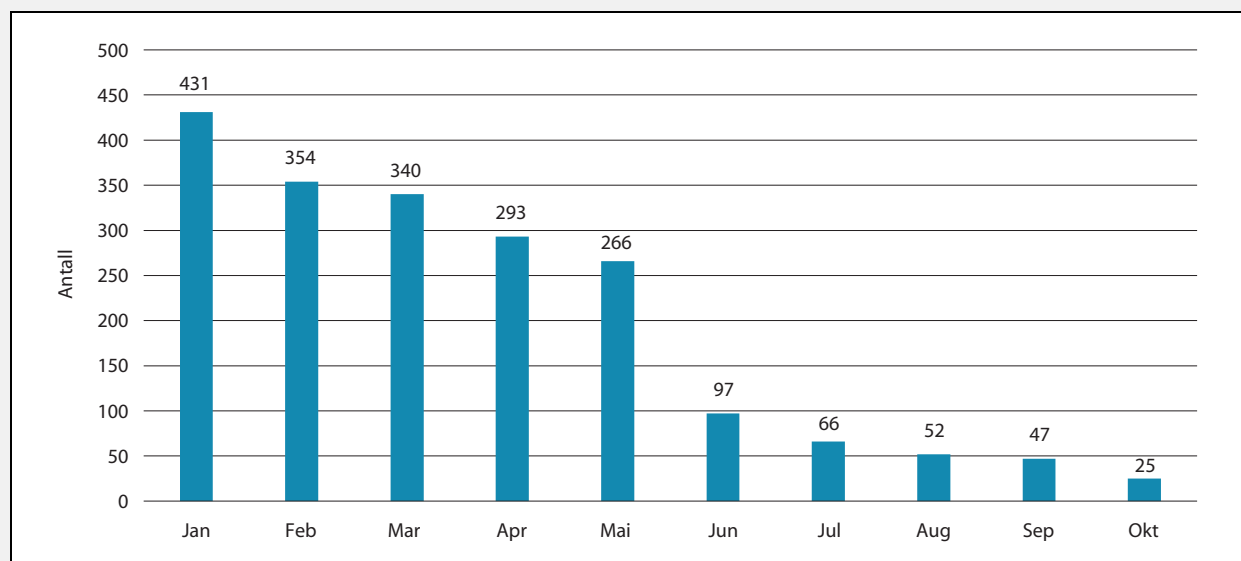
- 800 pasientbehandlinger årlig som kunne vært utført av LIS-leger, ble utført av leger med mer erfaring.
- 40 prosent av arbeidsdagen til sekretærene gikk med til unødvendige oppgaver.
- Det ble håndtert over 30 telefonsamtaler fra pasienter daglig, hvor flesteparten gjaldt spørsmål om videre behandlingsforløp.
- 400 timer i året ble brukt på å sjekke ulike bemanningsplaner mot hverandre.

Over 50 tiltak ble utarbeidet, testet, evaluert og justert, før en andel av disse ble prioritert og implementert. Hvert av de prioriterte tiltakene hadde en plan for implementering og ansvarlig person, slik at de kunne gjennomføres på en god måte, parallelt med daglig drift. Det er blant annet innført felles bemanningsplan for alle yrkesgrupper i poliklinikken for å eliminere tid brukt på dobbeltarbeid, samt standardisering av

hvilke yrkesgrupper som kan/bør gjennomføre hvilke typer behandling og hvor lang tid som bør settes av til hver behandling. Det er også utarbeidet dashboard som viser pasienter på venteliste fremover i tid og tilgjengelig behandlingsskapasitet, som bidrar til at alle pasienter får den behandlingen de skal ha til riktig tid og på riktig behandlernivå.

Tiltakene har gitt både kvantitative og kvalitative resultater, blant annet:

- Antall brutte timeavtaler er betydelig redusert, jf. figur 10.4. Som en følge av dette er det også en nedgang i antall telefoner med spørsmål fra pasienter.
- LIS-legenes (LIS 1) kapasitet utnyttes bedre. Det gir dem mer kompetanse og fører til at sykehuset oppfyller læringsmålene for deres utdanning. Dette frigjør også tid for de erfarne legene til å se på de mer avanserte diagnosene.
- Mange unødvendige oppgaver for sekretærene er fjernet, slik at de kan bruke mer tid på verdiskapende arbeid for både pasienten og behandlere.
- Prosjektet har skapt bedre forståelse for hvordan sykehuset kan jobbe med kontinuerlig forbedring i daglig drift slik at de gode resultatene opprettholdes, og forbedres over tid.



Figur 10.4 Antall brutte pasientavtaler (passert planlagt tid) ved ortopedisk poliklinikk ved Sykehuset Telemark HF. Per måned i 2019.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Boks 10.5 forts.



Figur 10.5 Ansatte ved Sykehuset Telemark HF

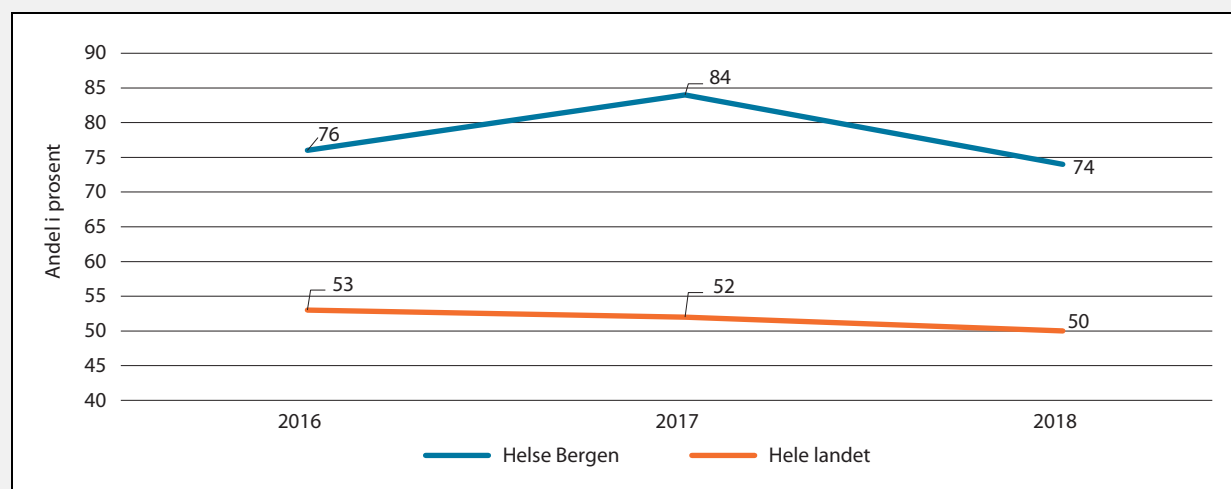
Foto: Sykehuset Telemark HF

Boks 10.6 Pasientflyt ved urologisk avdeling i Helse Bergen HF

Urologisk avdeling ved Haukeland universitetssjukehus har innført en organisering som innebærer at grupper av leger har ansvar for ulike deler av faget – fra vurdering av henvisninger til operativ behandling. Tidligere var virksomheten ved poliklinikken basert på den enkelte leges arbeidsplan. Arbeidet har ført til likere praksis, bedre prioriteringer og mindre re-planlegging av timer ved sykefravær. Et tett samarbeid mel-

lom leder, fagansvarlig overlege, kreftkoordinator og kontorpersoneell, bidrar til å holde et høyt aktivitetsnivå. Det krever tett styring av fravær for å sikre at avdelingen alltid har rett kompetanse på ulike områder til stede.

Gjennom denne arbeidsmetodikken har Helse Bergen HF blant annet oppnådd gode resultater i pakkeforløp for prostatakraft, jf. figur 10.6.



Figur 10.6 Andel pakkeforløp for prostatakraft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid (nasjonalt mål 70 prosent)

Kilde: Helsedirektoratet, 2019

I 2019 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å påse at hvert helseforetak identifiserer områder med god og dårlig måloppnåelse. Områdene skal identifiseres basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene. Helseforetakene skal vurdere både hva de kan lære bort, og hva de kan lære av andre. Hensikten er gjøre kunnskap om forbedringsarbeid som virker – eller ikke virker – så konkret som mulig, og bidra til læring og deling på tvers av helseforetak.

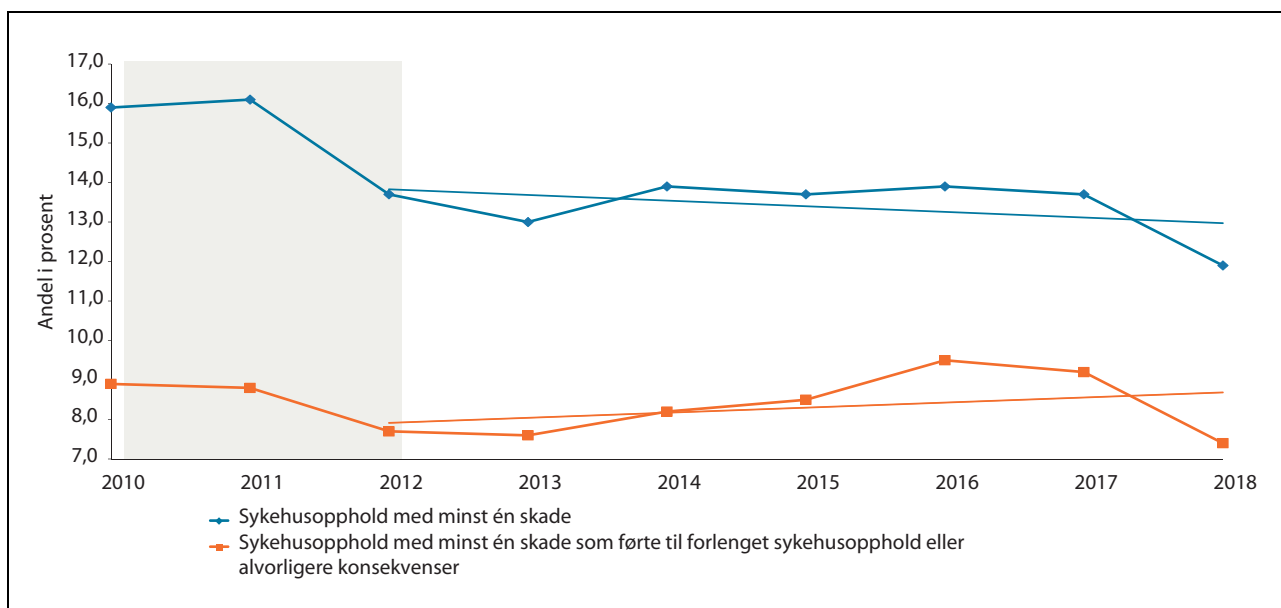
10.5 Hvordan redusere pasientskader?

Siden 2012 har om lag 14 prosent av alle somatiske innleggelser i norske sykehus ført til pasientskade. I 2018 var andelen redusert til 11,9 prosent jf. figur 10.7. Figuren viser også at 7,4 prosent av sykehusoppholdene i 2018 var forbundet med skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Basert på internasjonale studier antar man at halvparten av skadene kunne vært unngått. Det er stor variasjon mellom sykehus og sykehusavdelinger i forekomst av pasientskader. Foruten de store personlige omkostningene for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell, bidrar pasientskader til å redusere tillit til helsetjenesten og legger beslag på ressurser som kunne kommet andre pasienter til gode. Svenske beregninger overført til norske forhold tilsier at pasientskader koster norske

sykehus 4–5 milliarder kroner årlig. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) utbetaler årlig om lag 1 milliard kroner i erstatning til pasienter som har fått medhold i søknad om pasientskadeerstatning.

Helsetjenesten har en lovpålagt plikt til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Gjennom melde- og varselordninger, pasientskadeerstatninger og journalgranskninger har vi fått kunnskap om risikoområder og årsaker til pasientskader. Det er fra nasjonalt hold vektlagt viktigheten av åpenhet om uønskede hendelser som grunnlag for å lære og forbedre helsetjenesten. Pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018) utviklet kunnskapsbaserte tiltakspakker på kjente risikoområder – som for eksempel legemiddelbruk, infeksjoner og underernæring – og gjennomførte læringsnettverk for implementering og spredning. I tillegg tilbød de ledelsestiltak og kartla pasientsikkerhetskultur.

Det finnes mange gode eksempler på enheter som har implementert tiltakspakker fra programmet og oppnådd gode resultater. Likevel er det en utfordring å spre kunnskap om tiltakene og oppnå varig forbedring ved alle enheter i alle helseforetak, samt å dokumentere nasjonal nedgang i andel pasientskader. Det er en økende erkjennelse at selve implementeringen av ønsket endring byr på utfordringer. Det er internasjonalt økt oppmerksomhet på de som skal gjennomføre forbedringer (hvem) og motivasjonen for å gjøre det (hvorfor). Dette perspektivet må ivaretas i implementering og



Figur 10.7 Andel sykehusopphold med minst én pasientskade, med lineære tidstrender for perioden 2012 til 2018

Kilde: Helsedirektoratet, 2019

Boks 10.7 Gode eksempler for bedre pasientsikkerhet

Ledelse og kompetanse for bedre pasientsikkerhet

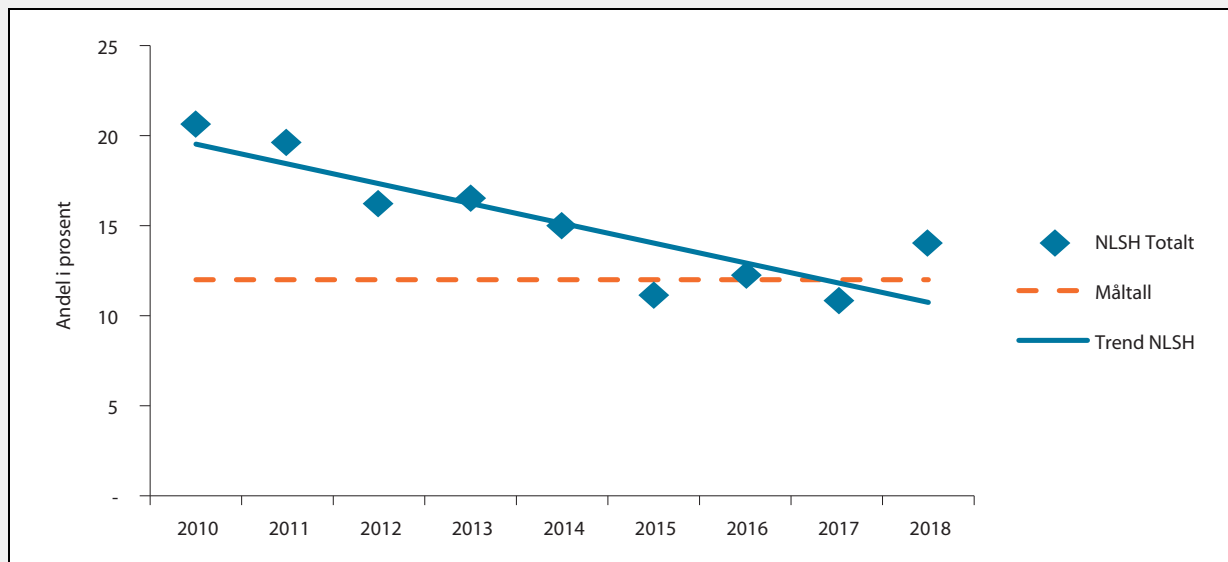
Stavanger universitetssykehus har implementert tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet, og jobber systematisk med å redusere andel pasientskader. Administrerende direktør har vektlagt at hver enhet skal identifisere og til enhver tid gjennomføre minst ett godt forbedringsprosjekt med utgangspunkt i pasientsikkerhet, økonomi og/eller kvalitet gjennom hele året. Erfaringen er at dette har styrket kulturen for endring og forbedring, og økt oppmerksomheten om at god pasientsikkerhet og kvalitet også er god økonomi.

Universitetssykehuset har gjennom flere år arbeidet systematisk og målrettet med å sikre kompetanse i forbedringsmetodikk i hele organisasjonen. Behovet for forbedringskompetanse varierer fra basisnivå, som alle medarbeidere skal ha en forståelse for, til ekspertnivå. Stavanger universitetssykehus har satt konkrete mål for antall medarbeidere med kompetanse innen de ulike nivåene av forbedringsmetodikk, og de jobber

kontinuerlig med å spre og bruke denne kunnskapen i den kliniske hverdagen.

Automatisert GTT-kartlegging gir enkel tilgang til resultatene

Alle sykehus i Norge har fra 2010 kartlagt pasientskader ved bruk av journalgranskingsmetoden GTT (Global Trigger Tool). I 2013 innførte Nordlandssykehuset HF granskingen med elektronisk portal og automatisert triggersøk. Verktøyet Nordic Clinical Automatic Framework (NCAF) ble innført i øvrige helseforetak i Helse Nord i 2017. Ifølge Helse Nord RHF gir verktøyet bedre muligheter til å ha god oversikt over resultater, analysere data og bruke data direkte i forbedringsarbeid. Flere forbedringsprosjekter har kommet i gang tidlig på grunn av en raskere identifisering av forbedringsområder. Bruk av automatisert GTT er ressurssparende. Derfor har Nordlandssykehuset HF kunnet granske langt flere pasientopphold enn øvrige foretak i Norge. Figur 10.8 viser resultatene fra GTT-granskingen for 2010 til 2018.



Figur 10.8 Andel innleggelser med minst én skade ved Nordlandssykehuset HF

Kilde: Nordlandssykehuset HF, 2019

Boks 10.7 forts.

Bruk av farmasøyter for bedre pasientsikkerhet

Bruk av farmasøytisk kompetanse bidrar til bedre pasientbehandling og reduserte kostnader for sykehusene. Klinisk farmasi er innført ved mange sykehus for å sikre riktig legemiddelbruk. De kliniske farmasøytene gir blant annet råd og veiledning til leger, sykepleiere og ledere om rasjonell legemiddelbruk, gir råd om riktig kombinasjon av legemidler og medisinsk utstyr og deltar i økende grad i pasientbehandlingen. I Helse Vest er det tatt i bruk farmasøyt i flere akuttmottaksheter for å gjøre legemiddelsam-

stemming ved innkomst, noe som også er gjort i andre regioner. Ved intensivavdelingene i Helse Nord vurderer klinisk farmasøyt dosering ved oppstart av antibiotikabehandling hos sepsispasienter. Hos disse pasientene er riktig dosering kritisk både for behandlingsutfall og antall liggedøgn. Helse Midt-Norge har innført «antibiotika-farmasøyter» på post med mål om å redusere antibiotikabruk på sykehus. I Helse Sør-Øst er det gjennomført prosjekter som viser at bidrag fra kliniske farmasøyter påvirker overlevelse hos multisyke pasienter og tid før eventuell reinnleggelse.

spredning av effektive tiltak. Det er viktig å spre informasjon om vellykket pasientsikkerhetsarbeid, jf. boks 10.7.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring inneholder tydelige krav til virksomheten om å ha oversikt over egne risikoområder, og iverksette tiltak for å minimere risikoene. Det mangler i dag systematisert kunnskap om hvordan forskriften følges opp i tjenesten. Riksrevisjonen undersøkte i 2018 styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet. Undersøkelsen viser at styrene i helseforetakene og regionale helseforetak mottar informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men i liten grad etterspør og følger opp egne utfordringer, eller etterspør resultater av iverksatte tiltak.

Ansvaret for pasientsikkerheten ligger hos tjenesten, men nasjonale myndigheter har en viktig rolle i å sikre gode rammebetingelser for tjenesten og sette tydelige forventninger om resultater og læring på tvers. Etter regjeringens vurdering peker fem hovedstrategier seg ut for å redusere antall pasientskader:

- *Gjennomføre generelle tiltak for bedre kvalitet og ressursbruk.* Tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan som er knyttet til samhandling, kompetanse, informasjonsflyt, prehospitaltjenester, teknologi og psykisk helsevern, vil bidra til å redusere risikoen for pasientskader.
- *Gjennomføre Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023).* Planen viderefører arbeid fra pasientsikkerhetsprogrammet og bidrar til en fortsatt målrettet og samordnet innsats for bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, i tråd med internasjonal kunnskap. Planen skal

også legge til rette for at kravene i forskriften kan etterleves. Planen skisserer tiltak på fire områder: ledelse og kultur, kompetanse, nasjonale satsinger på risikoområder, samt systemer og strukturer for å følge med på pasientsikkerhet over tid. Handlingsplanen er på overordnet nivå og fordrer operasjonalisering gjennom konkrete handlingsplaner i virksomhetene. Helsedirektoratet skal understøtte tjenesten gjennom tilgang til kunnskap, materiell og verktøy. De koordinerer innsatsen på nasjonalt nivå, bidrar til å bygge kompetanse i tjenesten på pasientsikkerhet og forbedringsmetodikk, og skal legge til rette for at det er mulig å følge med på utvikling over tid. Direktoratet skal også bidra til implementering av nasjonale innsatser og etterlevelse av krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, samt læring på tvers.

- *Gjennomføre nasjonale tiltak rettet mot høyrisikoområdene infeksjoner og legemiddelbruk*
 - (i) Godt smittevern bidrar til bedre pasientsikkerhet og er en forutsetning for å begrense utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer og antibiotikaresistens. Handlingsplan for bedre smittevern med formål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner (2019–2023) er underlagt den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens (2015–2020).
 - (ii) Sentrale tiltak for å sikre riktig bruk av legemidler: Arbeidet med å etablere og tilgjengeliggjøre SAFEST (som er en kilde til strukturert legemiddelinformasjon tilpasset sykehusenes behov), innføring av elek-

tronisk legemiddelkurve, innføring av pasientens legemiddelliste, samstemming av legemiddellister ved innkomst, innføring av klinisk farmasi ved flere sykehus (se boks 10.7) og implementering av nytt oppslagsverk for informasjon om legemidler til bruk hos barn (KOBLE).

- *Lære fra uønskede og alvorlige hendelser.* I 2019 etablerte man Statens undersøkelseskomisjon for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, og meldeportalen «En vei inn» som samler en rekke melde- og varselordninger for uønskede hendelser. Kommisjonen skal undersøke alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten for å få mer kunnskap om hva som skjedde, og årsakene til hendelsen. Målet er å forebygge fremtidige hendelser og gjøre helse- og omsorgstjenesten enda tryggere og bedre for pasientene. Kommisjonen skal gi anbefalinger til alle relevante aktører i helsetjenesten. En samlet meldeportal skal bidra til å gjøre det enklere å melde og redusere underrapportering.
- *Formulere tydelige forventninger i styringen av de regionale helseforetakene om resultater og læring på tvers.* I foretaksprotokollen for 2019 fikk regionene i oppdrag å sikre bedre opplæring i risikostyring og påse at hvert helseforetak identifiserer minst ett område der foretaket

har gode resultater eller stor fremgang, og minst to områder der det har svake resultater/høy risiko. De skal i tillegg synliggjøre hvilke faktorer som har bidratt til god måloppnåelse, og hvordan kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder. På områder med dårlig måloppnåelse skal de utarbeide tiltaksplan og vurdere hva man kan lære av andre helseforetak med bedre måloppnåelse.

Vi har kunnskap om hvorfor pasientskader oppstår og hva som kan motvirke dem. Plikten til å jobbe systematisk med pasientsikkerhet er tydelig slått fast i lov og forskrift. Evnen til å gjennomføre og følge opp de nødvendige tiltakene er imidlertid ikke god nok. Ledere på alle nivåer har ansvar for å bygge denne evnen i organisasjonen.

Boks 10.8 Regjeringen vil

- videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon i forbruk og effektivitet
- videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten

11 Finansiering i pasientens helsetjeneste

Boks 11.1 Hvor vil vi?

Det er klart hva som er ønsket utvikling i tjenesten, og finansieringsordningene understøtter en slik utvikling. Finansieringen oppleves ikke som hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på, og tilpasses raskere. De regionale helseforetakene involveres og bidrar systematisk i

vurderinger av hva som er ønsket tjenesteutvikling, som grunnlag for videreutvikling av finansieringsordningene. Kvalitetsbasert finansiering er innrettet for å understøtte sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering.

11.1 Innledning

Nasjonal helse- og sykehusplan angir et målbilde for pasientbehandlingen, jf. kapittel 1. Helhetlige og koordinerte tjenestetilbud, god samhandling med kommunene og digitalisering er sentrale og ønskede utviklingstrekk. Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten må understøtte dette målbildet. Både hensynet til bærekraft og effekten av teknologi øker endringstakten i helse-tjenesten. Raskere tilpasning innenfor finansieringsordningene er nødvendig for å oppnå økt bærekraft i helsetjenesten på lengre sikt.

11.2 Kort om finansieringsordningene

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelt. Den består av en aktivitetsuavhengig del og en del som bestemmes av hvor mange og hva slags pasienter som behandles – innsatsstyrt finansiering (ISF). Det viktigste unntaket fra denne hovedregelen er at døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er rammefinansiert, og inngår som del av den aktivitetsuavhengige basisbevilgningen. Totalt ble det bevilget om lag 160 milliarder kroner til de regionale helseforetakene i budsjettet for 2019.

Det er bevilget nær 38 milliarder kroner til innsatsstyrt finansiering i 2019. Andelen innsatsstyrt finansiering for somatiske tjenester er 50 prosent. Basisbevilgningen til helseregionene fordeles etter en inntektsfordelingsmodell. Prinsippet for modellen er at fordeling av basisbevilgningen mel-

lom de fire helseregionene skal avspeile ulike behov for spesialisthelsetjenester og ulike kostnader ved å produsere disse tjenestene. Dette er den samme prinsipielle tilnærmingen som ligger til grunn for fordeling av inntektsrammen til kommunesektoren.

Om lag 550 millioner kroner av helseregionenes budsjett fordeles som kvalitetsbasert finansiering (KBF). Ordningen innebærer at en andel av budsjettet til helseregionene gjøres avhengig av måloppnåelse på et utvalg av de nasjonale kvalitetsindikatorene. I 2019 inngår om lag 40 indikatorer. Modellen er et eksempel på resultatbasert finansiering. Tilsvarende er det et øremerket og delvis resultatbasert tilskudd til forskning i helseforetakene, på om lag 720 millioner kroner i 2019.

Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal, sammen med andre virkemidler i styringen av de regionale helseforetakene, legge til rette for et likeverdig tilbud i hele landet, understøtte ønsket faglig utvikling, kvalitet og kostnadskontroll. De skal i tillegg stimulere til kostnadseffektivitet og aktivitet – slik at behovet for helsetjenester blir dekket. Aktivitet som skal omfattes av de aktivitetsbaserte ordningene, må kunne telles og kostnadsberegnes for å kunne inngå i disse ordningene. Videreutvikling av ordningene skal ikke øke rapporteringsbyrden i tjenesten vesentlig.

11.3 Utviklingstrekk de senere årene

Finansieringsordningene er endret de senere årene for å understøtte pasientbehandlingen og

Boks 11.2 Internasjonale utviklingstrekk i finansiering

OECD oppsummerte i 2016 utviklingstrekk i måter å finansiere helse- og omsorgstjenester på. Rapporten *Better ways to pay for health care* beskriver nye og innovative finansieringsordninger i medlemslandene. OECD peker på at det i utformingen av finansieringsordninger må gjøres avveininger mellom ulike hensyn. I tradisjonelle finansieringsordninger, som takstbasert finansiering, aktivitetsavhengig finansiering basert på diagnoserelaterte grupper, rammefinansiering – eller ofte en kombinasjon av disse – har hensyn som kostnadskontroll, aktivitetsvekst og kostnadseffektivitet blitt vektlagt. Internasjonale trender er sentrert rundt ordninger som i større grad vektlegger kvalitet, effektivitet og koordinerte tjenester.

OECD trekker særlig frem tre utviklingstrekk i finansieringen av medlemslandenes helse- og omsorgstjenester:

- **Add-on payments:** Finansieringsordninger som etableres i tillegg til eksisterende ordninger, for å gi mer koordinerte tjenester eller forbedret kvalitet. Ordningen med kvalitetsbasert finansiering i Norge er et eksempel på en slik ordning. Kvalitetsbasert finansiering er en form for resultatbasert finansiering, og er etablert som et tillegg til den øvrige finansieringen av spesialisthelsetjenesten.
- **Bundled payments:** Finansieringsordninger som kan være episodebaserte, gjelde konkrete aktiviteter og for eksempel være innrettet etter informasjon om hva som er beste praksis. Slike ordninger kan også være innrettet etter pasientforløp i tjenesten. Finansieringen vil da være knyttet til et definert pasientforløp – ikke til konkrete enkeltaktiviteter innad i forløpene, og kan understøtte kostnadseffektive og koordinerte tjenester. Helseinspektorens arbeid for mer forløpsbasert finansiering reflekterer en slik utvikling.
- **Population-based payments:** Finansieringsordninger som omfatter en rekke tjenestetilbud fra flere aktører. Slike ordninger retter seg mot aktører med et helhetlig ansvar for å tilby tjenester til en definert gruppe i befolk-

ningen. Hensikten er blant annet å unngå fragmenterte tjenester.

I følge OECD viser erfaringer fra medlemslandene at mer innovative finansieringsordninger kan bidra til bedre kvalitet og reduserte kostnader. Erfaringer og resultater så langt er samtidig begrensede, og effektene varierer mellom medlemslandenes ulike ordninger. OECD understreker videre at utvikling av mer innovative finansieringsordninger også gir utfordringer. Erfaringene viser at slike ordninger blant annet kan øke den administrative byrden i tjenesten og gi økt kompleksitet i den samlede finansieringen av helse- og omsorgstjenester. Det gjenstår å se hvordan medlemslandenes mer innovative finansieringsordninger virker på kvalitet og effektivitet i tjenesten på lang sikt.



Figur 11.1 OECD. (2016). *Better ways to pay for health care*

Kilde: OECD

ønsket utvikling i tjenesten. Sentrale utviklings-trekk som har ligget til grunn for endringer i den innsatsstyrte finansieringen er:

- Flytting av tjenester hjem til pasienten ved bruk av teknologi: Alle videokonsultasjoner finansieres fra 2019 på lik måte som konsultasjoner med oppmøte. Telefonkonsultasjoner innenfor somatikk vil inkluderes i ordningen fra 2020.
- Mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus: Flere typer helsepersonell enn leger kan utløse refusjon til sykehusene. Disse er gradvis inkludert over flere år. Ytterligere nye personellgrupper vil inkluderes i ordningen fra 2020.
- Mer ambulant og teambasert behandling: Sykehusene får tilleggsrefusjon når helsepersonell yter behandling utenfor sykehusets vegger. Ambulante oppsøkende behandlingsteam innen poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er inkludert i innsatsstyrt finansiering.
- Samhandling mellom tjenestenivåene: Det er lagt til rette for at kommuner kan utføre enkelte definerte spesialisthelsetjenester på vegne av sykehusene, når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktiviteten vil da inngå i innsatsstyrt finansiering. Innenfor poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjeneste inkludert i ordningen.
- Dreining av aktivitet fra døgn- til dagbehandling: Det er de senere årene gjort flere endringer i innsatsstyrt finansiering for å stimulere til økt andel dagkirurgi i helsetjenesten og effektive avklaringer av øyeblikkelig hjelp.
- Mer helhetlige og pasientorienterte tjenesteforløp i spesialisthelsetjenesten: Innenfor enkelte områder er finansieringen knyttet til forløp fremfor enkeltstående aktiviteter.

I tillegg ble ordningen med kvalitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten innført i 2014.

Det er store forskjeller i styring og organisering av spesialisthelsetjenesten på tvers av OECD-land. Mange OECD-land forsøker, som Norge, på ulike måter å innrette finansieringsordningene for å balansere målene om sammenhengende tjenester, høy kvalitet og kostnads-effektivitet. Boks 11.2 oppsummerer noen internasjonale utviklingstrekk i finansiering av helse- og omsorgstjenester.

11.4 Behov for raskere tilpasning i finansieringsordningene

Den demografiske utviklingen og en rask medisinsk og teknologisk utvikling fører til store bærekraftutfordringer i helse- og omsorgstjenesten, jf. kapittel 2. Endringstakten i tjenesten må derfor økes. Det er samtidig vanskelig å få til endringer dersom de økonomiske insentivene til endring oppleves som negative. Dersom man skal lykkes med å øke endringstakten i tjenesten, må derfor finansieringsordningene tilpasses raskere. Regjeringen vil legge til rette for dette.

Raskere tilpasning innenfor finansieringsordningene kan gi noe større usikkerhet om kostnadsutvikling på kort sikt. Ved å la være å utvikle finansieringsordningene i tråd med endringsbehovet i tjenesten kan det imidlertid oppstå risiko for stillstand. En utvikling der finansieringen oppleves som et hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på, kan over tid føre til en oppstykket tjeneste for pasientene, at pasienter legges inn på sykehus unødvendig og at man benytter utdatert teknologi i pasientbehandling. I verste fall kan det føre til en svært lite bærekraftig tjeneste på sikt.

Regjeringen ønsker å forankre en forståelse i Stortinget om at raskere tilpasning innenfor finansieringsordningene er nødvendig for å oppnå økt bærekraft på lengre sikt. En slik forankring vil gi nødvendig rom for å videreutvikle innsatsstyrt finansiering i tråd med endringstakten i tjenesten og i samsvar med formålet for innsatsstyrt finansiering.

11.5 Videreutvikling av finansieringsordningene

Regjeringen vil videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten, jf. kapittel 1. Regjeringen vil videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten langs følgende hovedspor:

- Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor behandlingen ytes eller hvordan behandlingen ytes.
- Finansieringen skal understøtte helhetlige tjenesteforløp.
- Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.
- Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten.

I videreutviklingen av innsatsstyrt finansiering bør det være innholdet i tjenestene som tilbys som avgjør finansieringen, ikke hvem som gir behandling, hvor behandlingen gis eller hvordan behandlingen gis. Dette vil legge til rette for innføring av nye arbeidsformer og økt bruk av teknologi i tjenesten.

Mer forløpsbasert utvikling av innsatsstyrt finansiering kan understøtte helhetlige og koordinerte tjenester og gi sykehusene sterkere insentiver til å fokusere på kvalitet og kostnader knyttet til hele forløp. Begrepet tjenesteforløp kan brukes om en koordinert klinisk prosess for en definert pasientgruppe. Et tjenesteforløp kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg, og kan defineres og inngå i innsatsstyrt finansiering på ulike måter. Helsehjelp til en pasient kan i mange tilfeller innebære flere kontakter med helsetjenesten for samme tilstand innenfor en gitt periode. Det kan være helsehjelp som går fra utredning til behandling, og deretter til kontroll eller oppfølging av pasienten. Et tjenesteforløp kan i et slikt tilfelle inkludere alle kontakter uavhengig av om det gjelder utredning, behandling eller oppfølging, eller dekke en del av kontaktene.

Figur 11.2 illustrerer hvordan finansiering av enkeltkontakter i et tjenesteforløp skiller seg fra finansiering av et helt tjenesteforløp. Innsetting av primær hofteprotese involverer både utredning, behandling og oppfølging som i sum utgjør et tjenesteforløp i spesialisthelsetjenesten. Figuren viser tre varianter av hvordan et slikt forløp kan innrettes. Det varierer hvilke konkrete aktiviteter de tre forløpene inneholder, og inntektene til sykehuset med dagens innsatsstyrte finansiering vil derfor være forskjellig i de tre forløpene. Alternativt kan finansieringen knyttes til hele forløpet for innsetting av primær hofteprotese. Anslaget på finansieringen for dette forløpet må ta utgangspunkt i måten disse forløpene faktisk blir gjennomført i dag, og en omtrentlig beregning av gjennomsnittskostnadene knyttet til denne praksisen.

Ved å knytte finansiering til helhetlige tjenesteforløp kan man stimulere til koordinerte og integrerte tjenester gjennom forløpet, fremfor å stimulere til mange kontakter og et mer oppdelt forløp. Det kan bidra til bedre og mer kostnadseffektiv behandling. Finansiering av tjenesteforløp kan stimulere tjenesten til å ta i bruk ny teknologi og nye behandlingsformer, og bidra til innovasjon. For å knytte finansiering til tjenesteforløp må samtidig forløpene kunne defineres tydelig og kategoriseres, noe som fordrer god og presis informa-

sjon om aktiviteten som finner sted, og som det skal knyttes finansiering til. Utvikling av mer forløpsbasert finansiering vil også øke kravene til helseforetakenes evne til å planlegge sine tjenester og fordele ressurser på tvers av sykehus og avdelinger.

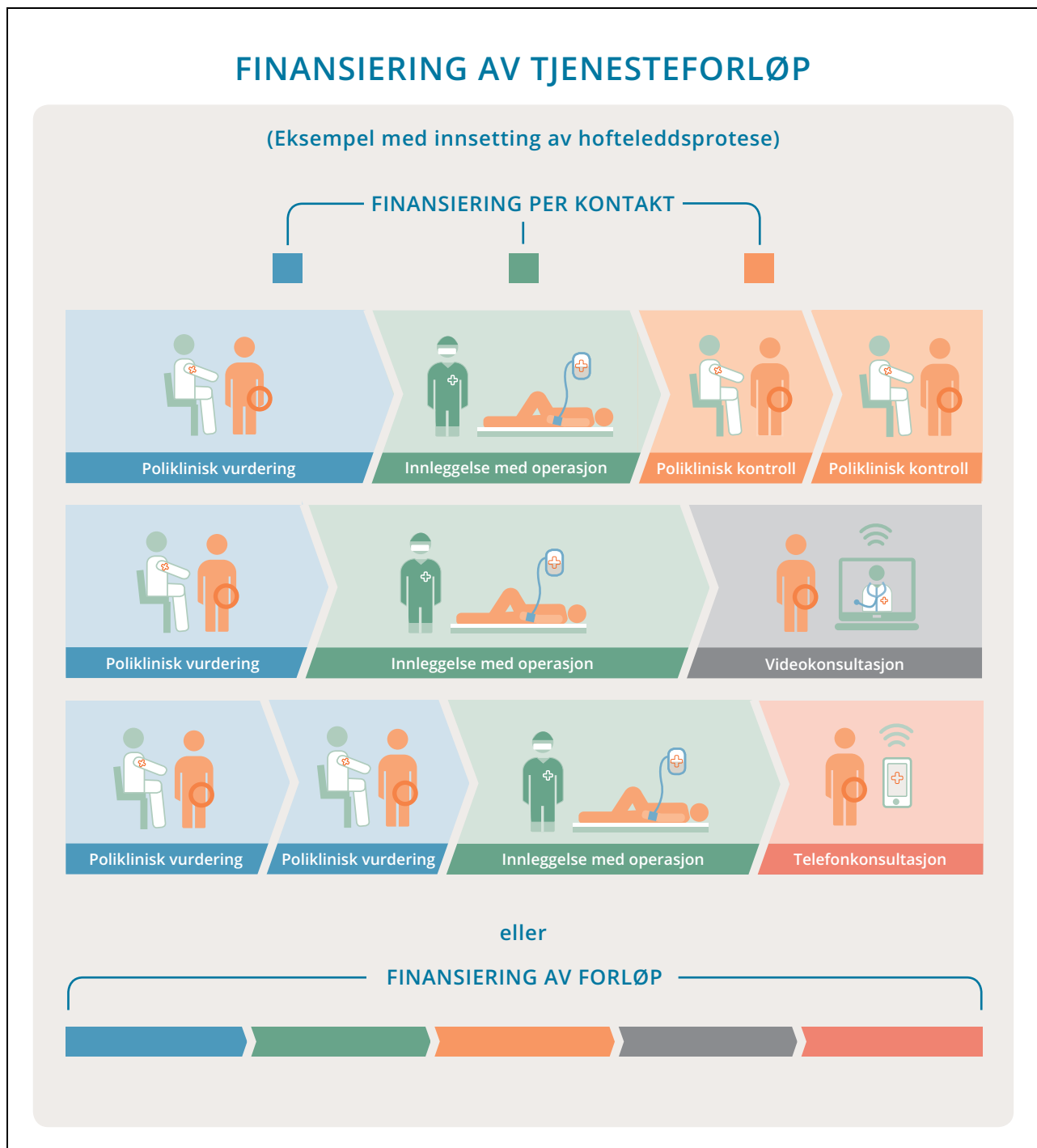
Andre former for tjenesteforløp som det kan knyttes finansiering til, er forløp som går på tvers av sykehusbehandling og hjemmeadministrerte spesialisthelsetjenester. Fra 2019 er det knyttet finansiering til slike forløp innenfor dialyse og enkelte former for legemiddelbehandling. Andre eksempler på tjenesteforløp er digital oppfølging av pasienter, tjenesteforløp som er omfattet av flere ulike finansieringskilder i spesialisthelsetjenesten, eller tjenesteforløp som går på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Å knytte finansiering til tjenesteforløp på tvers av forvaltningsnivåene vil kreve mer utredning. Det må i første omgang utvikles løsninger for og høstes erfaringer fra forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet vil fortsette arbeidet med å utvikle tjenesteforløp innenfor innsatsstyrt finansiering. Arbeidet vil skje gradvis og i tett samarbeid med helseregionene.

Det er en grunnleggende utfordring at de regionale helseforetakene og kommunene har ulike og atskilte finansieringssystemer. Det kan bidra til at foretak og kommuner opplever at de økonomiske insentivene ikke alltid stimulerer de to forvaltningsnivåene til å samarbeide om å organisere tjenestetilbudet til beste for pasientene eller på den mest kostnadseffektive måten. Figur 11.3 gir en overordnet og forenklet fremstilling av ulike finansieringsordninger i helse- og omsorgstjenesten.

Det vesentligste av kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester er finansiert gjennom skatteinntekter og rammetilskudd fra staten. Dette betegnes som kommunenes frie inntekter. I tillegg finansieres kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom øremerkede tilskudd fra blant annet staten, egenbetaling fra pasienter og brukere og gjennom takster. Privatpraktiserende behandlere, som fastleger og fysioterapeuter med avtale, er finansiert gjennom ulike blandingsmodeller. Disse inneholder tilskudd fra kommunene, betaling fra pasientene og refusjoner fra folketrygden, fastsatt gjennom årlige takstforhandlinger mellom staten og profesjonsorganisasjonene.

I 2018 startet et pilotprosjekt i enkelte kommuner der målet er å teste ut primærhelseteam i fastlegepraksiser. Det prøves ut to ulike finansierings-

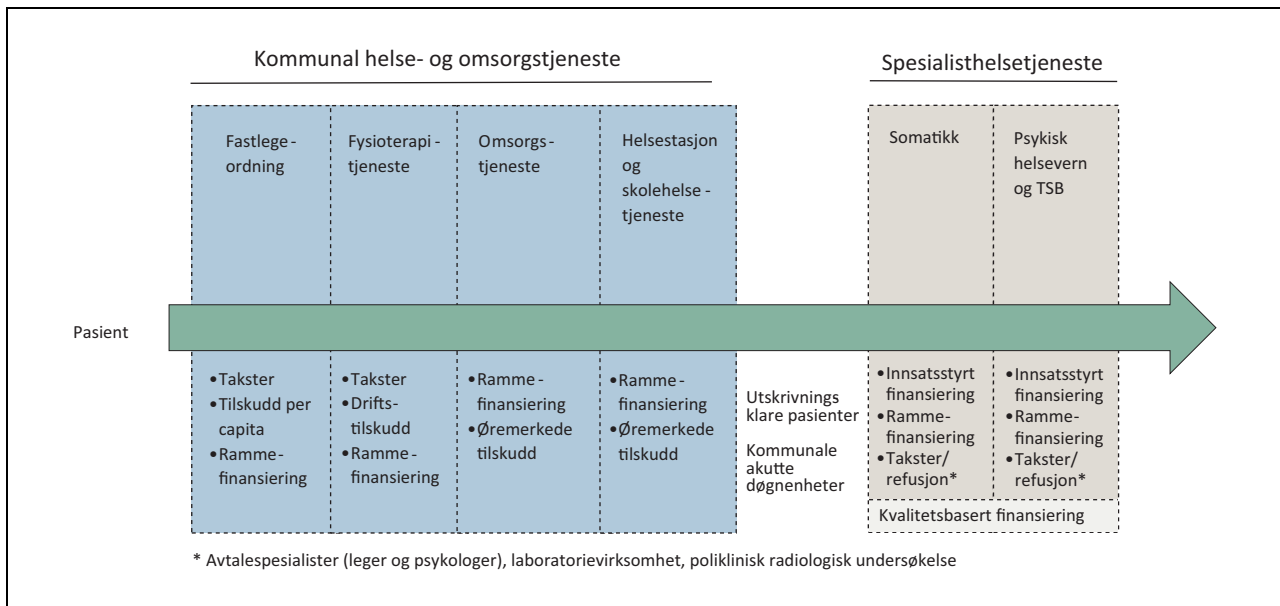


Figur 11.2 Finansiering av tjenesteforløp – eksempel med innsetting av primær hofteprotese

modeller i pilotprosjektet. En partssammensatt gruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, Legeforeningen og KS/Oslo kommune har nylig utredet alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen.

For å understøtte samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fikk kommunene i 2016 en plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnoophold for somatiske pasienter. I perioden

2012–2015 fikk kommunene øremerkede midler fra det året de hadde etablert et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Gjennom denne perioden ble midler trukket ut av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Fra 2016 ble midlene, totalt 1,2 milliarder kroner, innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. Fra 2017 gjelder kommunenes plikt også for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehand-



Figur 11.3 Ulike finansieringsordninger i helse- og omsorgstjenesten

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

ling. Kommunene har også betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene. Utskrivningsklare pasienter og drift av øyeblikkelig hjelp døgnplasser finansieres gjennom kommunenes frie inntekter.

Spesialisthelsetjenesten er delvis rammefinansiert og delvis finansiert gjennom aktivitetsbaserte tilskudd, jf. avsnitt 11.2.

Finansieringssystemene kan i noen sammenhenger oppleves som hemmende for samhandling. Samtidig understøtter innsatsstyrt finansiering samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten på ulike områder i dag, jf. avsnitt 11.3. Et eksempel er at spesialisthelsetjenesten mottar innsatsstyrt finansiering for å utføre ambulante tjenester der pasienten bor. Innenfor enkelte områder i spesialisthelsetjenesten, som dialyse og legemiddelbehandling, kan kommunen være utfører av tjenesten slik at pasienten får behandling lokalt. Innen poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattes tjenester som tverrfaglig ambulerende team og samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten om pasienter av finansieringen. Helsedirektoratet arbeider med å utvikle ordningen for at den skal understøtte tjenester som kan bidra til bedre samhandling som tverrfaglig, ambulant og teambasert behandling.

For at innsatsstyrt finansiering skal understøtte tjenesteutviklingen, må de regionale helseforetakene og helseforetakene involveres og bidra

i vurderinger av hva som er ønsket tjenesteutvikling som grunnlag for utvikling av finansieringsordningene. Det må være tjenesteutviklingen som driver endringer i finansieringsordningene, ikke omvendt. Helsedirektoratet, som forvalter av innsatsstyrt finansiering, og de regionale helseforetakene har styrket samarbeidet knyttet til utvikling av finansieringsordningene de senere årene. Det er også viktig med god informasjon fra Helsedirektoratet til aktører i helsetjenesten om hvilke tjenester som er omfattet av innsatsstyrt finansiering. Erfaring viser at omfanget av særlig nye tjenestetilbud som inkluderes i ordningen, ikke alltid er godt kjent.

Regjeringen ønsker også å målrette ordningen med kvalitetsbasert finansiering bedre. Erfaringene med kvalitetsbasert finansiering er i hovedsak gode, og ordningen har bidratt til økt oppmerksomhet rundt kvalitetsforbedring i tjenesten.¹ Inntrykket er likevel at ordningen i begrenset grad har påvirket resultatene i tjenesten. Indikatorene er for mange og sammenhengen knyttet til atferd hos ledere og personell er ikke sterk nok. Regjeringen tar derfor sikte på å redusere antall indikatorer i ordningen, og knytte dem tettere til de mest sentrale målene for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig samhandling og digitalisering. Regjeringen vil komme

¹ Sirona Health Solutions. (2015). Evaluering av kvalitetsbasert finansiering (KBF)

tilbake til Stortinget med eventuelle konkrete forslag til endringer.

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som vurderer dagens fordeling av basisbevilgning

gen mellom de fire helseregionene. Utvalget skal etter planen levere sin innstilling ved årsskiftet 2019–2020.

Boks 11.3 Regjeringen vil

- videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten, særlig knyttet til mer helhetlige tjenestetilbud, bedre samhandling med kommunene og økt digitalisering
- tilpasse finansieringsordningene raskere for å oppnå økt bærekraft på lengre sikt
- knytte kvalitetsbasert finansiering tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering

12 Regionale utviklingsplaner og investeringsplaner i helseforetakene

I Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide regionale og lokale utviklingsplaner. De regionale utviklingsplanene er basert på helseforetakenes lokale utviklingsplaner og gir en oversikt over nå-situasjonen i regionene, utfordringsområder og strategisk retning. Investeringer i nye sykehusbygg er en innsatsfaktor i arbeidet med å realisere pasientens helsetjeneste. Det følger av Granavolden-plattformen at Nasjonal helse- og sykehusplan skal inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehusene. Kapitlet gir en oversikt over de regionale helseforetakenes utviklings- og investeringsplaner og en kortfattet beskrivelse av systemet for investeringer i nye sykehusbygg.

12.1 Oppsummering av regionale utviklingsplaner

Under følger et kort sammendrag av de strategiske målene og hovedområdene i de regionale utviklingsplanene per region. Det er redegjort særskilt for mål og tiltak innen psykisk helsevern i planene, jf. at psykisk helsevern er det fagområdet som gis oppmerksomhet i denne helse- og sykehusplanen.

12.1.1 Helse Nord RHF

Helse Nord RHF skal prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessige bedre og mer tilgjengelige tjenester. Barne- og ungdomspsykiatri skal ha særlig oppmerksomhet. Helse Nord RHF vil sikre et godt faglig tilbud i psykisk helsevern gjennom implementering av pakkeforløp, system for pasientopplevd nytte og effekt av behandling, samt satsing på forskning og felles faglige standarder. Regionen vil legge vekt på å gi et riktig tilbud til personer med flere samtidige alvorlige og langvarige lidelser og videreutvikle modeller for tidlig hjelp gjennom samarbeid og veiledning.

Regional utviklingsplan for Helse Nord RHF har følgende strategiske mål for tjenesteutviklingen:

Pasientens helsetjeneste

Helse Nord RHF vil legge til rette for at beslutninger av betydning for pasientene skal skje i et nært samarbeid mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. «Det skal ikke tas beslutninger om meg uten meg» skal gjelde for behandlingstilbud i Helse Nord. Brukernes kompetanse skal tas i bruk for å utvikle tjenestene. Organiseringen skal bedres slik at pasientene opplever én helsetjeneste.

Kvalitet i pasientbehandling

Helse Nord RHF skal blant annet gjennomføre kliniske fagrevisjoner og bruke resultater fra kvalitetsregistre og helseatlas for å redusere uønsket variasjon og heve kvaliteten. Foretaket ønsker å utvikle og systematisere tilbudet til pasientene som trenger og bruker helsetjenestene mest i samarbeid med kommunene. Psykisk helsevern skal gi et riktig tilbud til personer med flere samtidige og langvarige lidelser.

Samhandling med primærhelsetjenesten

God samhandling, med vekt på helhetlige pasientforløp, skal være en ledetråd i alt pasientrettet arbeid. Kommunene får stadig mer komplekse oppgaver, og spesialisthelsetjenesten må ta sitt ansvar for å bygge opp kompetanse i kommunene og understøtte særlig de minste kommunene i å løse disse nye oppgavene.

Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkningen

Helse Nord RHF skal blant annet utvikle tolketjenesten på nord-, sør- og lulesamisk språk, sikre samisk representasjon i helseforetakenes styrever og i brukerutvalgene og ta initiativ overfor utdan-

ningsinstitusjonene for å få samisk kulturforståelse inn i grunnutdanningen av alt helsepersonell i Nord-Norge.

Bemanning og kompetanse

Helse Nord RHF skal i samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene ta initiativ til at det utarbeides en mer enhetlig praksis for å analysere og beskrive framtidig bemanningsbehov. Foretaket vil øke antall lærlingeplasser, arbeide for økt utdanningskapasitet for sykepleiere og spesialsykepleiere, styrke rekrutteringsarbeidet, arbeide for å beholde helsepersonell over lengre tid, samt utarbeide en regional handlingsplan for ledelse og lederutvikling.

Forskning og innovasjon

Helse Nord RHF skal legge til rette for økt brukermedvirkning i alle faser av forskningsprosessen. I Helse Nord skal flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier. Helse Nord RHF skal stimulere til økt forskning i de helseforetakene som har en forholdsmessig liten andel forskningsaktivitet, og samtidig understøtte universitetssykehusets særskilte rolle innen forskning. Helse Nord skal drive tjenesteinnovasjon ved å anvende teknologi på gode organisatoriske måter.

Teknologi

Helse Nord RHF har ambisjon om å være ledende på å bruke teknologi til medisinsk avstandsoppfølging. Foretaket vil sette bruk av teknologi som styringsmål for helseforetakene, utarbeide en samlet strategi og handlingsplan for teknologi og sikre en samlet og godt koordinert utvikling av IKT, medisinsk teknisk utstyr, velferdsteknologi og teknologi i bygg.

12.1.2 Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF vil prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, styrke det regionale samarbeidet, implementere nasjonale pakkeforløp samt utvikle standardiserte pasientforløp. Regionen vil stimulere til forskning, innovasjon og fagutvikling, med særlig vekt på forskning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Midt-Norge RHF har *En fremragende helsetjeneste* som overordnet mål. For å oppnå dette er det utpekt fire strategiske mål i regional utviklingsplan:

Vi skaper pasientens helsetjeneste

Helse Midt-Norge RHF vil utvikle en populasjonsbasert tilnærming med ulike strategisk tilnærming til grupper i befolkningen med store forskjeller i behov og arbeide med helhetlige pasientforløp på tvers av fag, enheter og virksomheter. Sammen med økt fokus på pasient- og pårørendeopplæring, pasientmedvirkning og valgfrihet vil dette bidra til å skape pasientens helsetjeneste.

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse

Helse Midt-Norge RHF vil videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon gjennom blant annet å bidra med faktagrunnlag til fagmiljø og nettverk og benytte medisinske kvalitetsregistre til å følge opp om reduksjon av variasjon har ønsket effekt på kvalitet og pasientsikkerhet. Helse Midt-Norge RHF vil arbeide videre med å styrke innovasjonskulturen i hele foretaksgruppen og videreføre og utvikle samarbeid med NTNU, Sintef, andre forskningsmiljøer og næringslivet. Foretaket vil satse på teknologi og digitalisering for å styrke kvalitet, effektivitet og et likeverdig tilbud i hele regionen. Helseplattformen er regionens største satsing på digitalisering.

Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell

Helse Midt-Norge RHF vil analysere og identifisere behov for kompetanse og kapasitet frem i tid, utvikle, anvende og beholde medarbeidere slik at pasientene får best mulig tjenestetilbud og sikre god oppfølging av medarbeiderne gjennom hele yrkeskarrieren. Foretaket ser behov for å øke ledelseskapasiteten og ledelseskompetansen i Helse Midt-Norge, og vil blant annet styrke kompetanseutvikling for ledere på de områdene organisasjonen har behov for og sørge for effektive administrative støttesystemer. Helse Midt-Norge RHF vil legge til rette for livslang læring og ta et strategisk og operativt ansvar for etter- og videreutdanning.

Vi er gode lagspillere

Helse Midt-Norge RHF vil bidra til en hensiktsmessig oppgavefordeling internt i helseforetakene og mellom helseforetakene i regionen. Foretaket vil bidra til at folkehelseperspektivet og forebyggende tiltak for større plass i helsetjenesten

og arbeide målrettet for et tett og forpliktende samarbeid med kommunene om behandling og personell. Videre vil foretaket utnytte kapasiteten hos private tilbydere og sørge for at private leverandører inngår i et helhetlig tilbud til pasientene.

12.1.3 Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF vil fortsette å prioritere psykisk helsevern, spesielt tiltak rettet mot barn og unge, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regionen vil støtte etablering av flere ambulante tilbud, intensivere arbeidet med forebygging, håndtering av voldsrisiko og selvmordsforebygging og inkludere effektmål for behandling i psykisk helsevern i virksomhetsstyring.

Helse Sør-Øst RHF har fastsatt følgende mål:

- Bedre helse i befolkningen med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Basert på disse målene er det utarbeidet analyser og definert følgende strategiske satsingsområder:

Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring

Det pekes på mulighetene som ligger i bruk av teknologi for å øke graden av brukerstyring i poliklinikk, ulike former for digital oppfølging, mulighetene som ligger i hjemmesykehus og virtuelle sykehus samt hvordan teknologien i større grad kan virke desentraliserende.

Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester

En liten andel av pasientene bruker store deler av ressursene i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Ved å identifisere disse pasientene og sørge for at de får et godt integrert tilbud kan man skifte fra akutte og reaktive tjenester til en mer proaktiv og forebyggende tilnærming. Dette vil kunne bidra til bedre kvalitet og mer effektiv ressursbruk.

Redusere uønsket variasjon

Helse Sør-Øst RHF vil videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon samt knytte samvalg og samvalgsverktøy direkte opp mot de behandlingstilbudene der det forekommer uønsket variasjon og der klinisk nytteverdi ikke er entydig. Videre pekes det på bruk av kliniske fagrevisjoner og kampanjen «Gjør kloke valg!» som viktige verktøy.

Mer tid til pasientrettet arbeid

Helse Sør-Øst RHF ønsker å redusere omfanget av rapportering og prosedyrer som ikke gir verdi. Bedre oppgavedeling og bruk av støttepersonell vil bidra til riktigere bruk av personellet sin tid. Foretaket vil blant annet lage en tiltaksplan for hvordan leger og sykepleiere kan få mer tid til pasientene.

Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Helse Sør-Øst RHF vil øke bruken av innovative anskaffelser i samarbeid med næringslivet, bruke mer av forsknings- og innovasjonsinnsatsen på utvikling og evaluering av helsetjenesten samt bruke pasientenes erfaring og kompetanse enda mer i både forskning og tjenesteutvikling. Videre ønsker foretaket å stimulere til raskere utviklingstakt gjennom mer samarbeid og åpenhet.

12.1.4 Helse Vest RHF

Helse Vest RHF omtaler ikke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling særskilt i sin regionale utviklingsplan. Tiltaksområdene i planene dekker imidlertid hele spesialisthelsetjenesten.

Regional utviklingsplan for Helse Vest har fire tiltaksområder med overordnede mål og definerte tiltak.

Pasientens helsetjeneste

Tjenestene skal være likeverdige og holde høy kvalitet uten uønsket variasjon. Tydelige prioriteringer, involverende prosesser og god kommunikasjon skal gi et riktig bilde av hva pasienten kan forvente, sikre lik tilgang til tjenester og bidra til en bærekraftig utvikling. Pasienter med flere sammensatte lidelser skal få et helhetlig og sammenhengende tilbud med utgangspunkt i deres behov. Pasienter skal få raskere, bedre og mer koordi-

nert behandling på tvers av fag, organisasjoner og geografi.

Tiltak:

- Bedre planlegging av behandlingsforløp
- «Ingen beslutninger om meg uten meg»
- Utvide bruken av koordinatorene
- Sikre kjennskap til og kultur for rett prioritering
- Redusere unødvendig venting og variasjon
- Utarbeide regional modell for trygg utskriving

Ett helsevesen

Pasientene skal oppleve helsetjenesten som én enhet som håndterer informasjon, tjenester og behandlingsforløp på en helhetlig måte. Private aktører skal brukes for å bygge opp under pasientens helsetjeneste og være en samordnet og strategisk del av virksomheten.

Tiltak:

- Bedre samhandlingen mellom fastleger, legevakten og spesialisthelsetjenesten
- Tettere integrering og bedre funksjonsdeling med private aktører
- Utrede ansvars- og oppgavedelingen mellom Helse Bergen HF og Haralds plass Diakonale sykehus
- Bedre samarbeidet mot antibiotikaresistens
- Bedre koordineringen av beredskapsaktørene på Vestlandet

Utvikling av helsetjenestene

Helse Vest RHF skal utnytte de teknologiske mulighetene, effektivisere prosesser og drift og realisere potensialet i pasientenes egeninnsats. Spesialisthelsetjenester skal ytes hjemme hos pasienten når det er hensiktsmessig og ressursbesparende. Helse Vest RHF skal bidra til at Norge er blant de ledende landene innen helseforskning, helseinnovasjon og bruk av teknologi.

Tiltak:

- Utvikle flere spesialisthelsetjenester utenfor sykehusene
- Utrede regionalt diagnosesamarbeid
- Øke satsingen på tjenesteutvikling og variasjon
- Utrede felles investeringer i teknologi og infrastruktur
- Utvikle og ta i bruk virtuelle helsetjenester

Medarbeideren, ledelse og organisasjon

Helse Vest RHF skal rekruttere og utvikle ledere og medarbeidere som kan håndtere utfordringene som kommer. Helse Vest RHF skal utvikle en effektiv organisasjon og struktur med tydelig oppgavedeling, høy spesialisering og best mulig utnyttelse av store investeringer og tungt utstyr.

Tiltak:

- Videreutvikle sykehus i team og forpliktende nettverk
- Utrede behovet for kompetanse og utvikle kompetansetiltak og utdanningsløp
- Utarbeide et regionalt styringssystem for prosessforbedring
- Utvikle den regionale kapasiteten innenfor bærekraft

12.2 God styring gir rom for investeringer

De fire regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen, innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette innebærer et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng, og de må prioritere investeringer i bygg, utstyr eller vedlikehold opp mot annen drift. For å kunne foreta gode prioriteringer og sikre bærekraftig utvikling, er det avgjørende at helseforetakene har god styring og kontroll med ressursbruken.

Helseforetaksloven § 13 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten er blant annet at kostnader knyttet til investeringer (avskrivninger) skal fremkomme som en årlig kostnad på lik linje med andre kostnadstyper. Etter regnskapslovens prinsipper belaster investeringen regnskapet i hele investeringsens levetid. Regnskapet viser forbruket av alle ressurser (arbeidskraft, kapital mv.) i det enkelte året.

Nye, moderne sykehusbygg innebærer store samfunnsmessige investeringer. Det representerer samtidig potensielt store gevinster i form av blant annet bedre bruk av personell og kompetanse, økt kvalitet og bedre pasientopplevelser.

12.2.1 Styring og finansiering av investeringer i sykehus

De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av

enkeltprosjekter. Etter en viss tid i planleggingen av større investeringsprosjekter (konseptfasen) skal de regionale helseforetakene legge frem resultater og vurderinger for Helse- og omsorgsdepartementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Dette danner grunnlag for søknad om lån i den statlige låneordningen som er etablert.

De regionale helseforetakenes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet, der bevilgningen overføres som rammetilskudd, ikke som øremerkede tilskudd til enkeltprosjekter. Basisbevilgningen inkluderer dekning av avskrivninger, som er investeringskostnaden fordelt på byggenes eller utstyrets levetid. Avskrivningskostnaden var om lag 6,5 milliarder kroner i 2018. Avskrivninger er ikke-betalbare kostnader. Gitt driftsmessig balanse kan disse midlene nyttes til nye investeringer, avdrag på lån, eller sparing til fremtidige investeringer.

For store prosjekter med en samlet kostnadsramme over 500 millioner kroner kan regionale helseforetak søke og ta opp lån i den særskilte statlige låneordningen. Her er det adgang til å låne inntil 70 prosent av estimert prosjektkostnad inklusiv usikkerhetsmargin (P85) basert på kvalitetssikrede konseptplaner. Helseforetakenes lånesøknader behandles i forbindelse med de årlige statsbudsjettene.

12.2.2 Overordnede krav om rapportering og planer

De regionale helseforetakene har ansvar for å gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med nasjonale føringer. Hvert år utarbeides en melding med rapportering på styringskrav fra tidligere år. For å møte fremtidens utfordringer på en god måte, utarbeides det også både regionale og lokale utviklingsplaner. Utviklingsplaner er et viktig grunnlag for å styre og samordne utviklingen av virksomheten og bygningsmassen, og må

ajourføres i takt med endringer i forutsetninger og overordnede planer og strategier. Neste versjon av lokale og regionale utviklingsplaner vil utarbeides i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.

Prioritering av ressurser og investeringer skjer gjennom arbeid med og rullering av økonomisk langtidsplan og årlige budsjetter. De regionale helseforetakene utarbeider hvert år økonomisk langtidsplan for kommende 4–5-årsperiode, basert på nasjonale og regionale føringer og innspill fra helseforetakene. Helseforetakene utarbeider egne økonomiske langtidsplaner og budsjetter innenfor rammene som det regionale helseforetaket har satt.

Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehus tjenester. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling innen medisinsk teknologi og forventninger til helsetjenesten vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og annen viktig infrastruktur. Det gjøres vurderinger av hvordan helseforetakene kan tilpasse tjenestene for å møte utfordringer innenfor de økonomiske rammene.

12.3 Gjennomførte investeringer

Helseforetakene overtok bygg og utstyr av varierende kvalitet da staten tok over sykehusene i 2002. Det ble foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr, og verdien ble i 2003 satt til 66,6 milliarder kroner. Verdien har økt med nær 24 milliarder kroner, til 90,5 milliarder kroner i 2018. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord RHF har relativt sett hatt størst økning, mens Helse Sør-Øst RHF har den laveste relative økningen.

Tabell 12.1 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2018¹ (mill.kr)

	2003	2017	2018	Endr. 17/18	Pst. endr. 17/18	Endr. 03/18	Pst. endr. 03/18
Helse Sør-Øst	36 913	45 075	45 272	179	0,4	8 359	23
Helse Vest	12 095	15 948	16 618	670	4,2	4 523	37
Helse Midt-Norge	9 001	13 366	13 226	-140	-1,0	4 225	47
Helse Nord	8 578	14 354	15 412	1 058	7,4	6 834	80
Sum	66 587	88 743	90 528	1 786	2,0	23 941	36

¹ Tallene i tabell 12.1 er oppgitt i løpende kroner

Kilde: Helseforetakenes regnskaper

Tabell 12.2 Tilstandsgrad for sykehusbyggene

Region	2017		2014	
	Samlet vektet tilstandsgrad	Tilstandsgrad	Samlet vektet tilstandsgrad	Tilstandsgrad
Helse Sør-Øst	1,51	TG2	1,45	TG1
Helse Vest	1,44	TG1	1,63	TG2
Helse Midt-Norge	1,31	TG1	1,41	TG1
Helse Nord	1,37	TG1	1,58	TG2
Samlet	1,46	TG1	1,48	TG1 ¹

¹ Tallene i tabell 12.2 omfatter om lag 90 prosent av spesialisthelsetjenestens bygningsmasse

Kilde: Regionale helseforetak

12.3.1 Tilstandsgrad

Helseforetakene registrerer tilstandsnivå og oppgraderingsbehov for sykehusbyggene med bistand fra Multiconsult. Registrering av tilstand gjøres i henhold til Norsk Standard (NS 3424), på en skala fra 0 til 3, der 0 og 1 er «godkjent» mens 2 og 3 tilsier behov for vedlikeholdstiltak. Målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstandsgrad er om lag 1,2.

Det ble gjennomført en tilstandsvurdering i 2014 som en del av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Denne ble fulgt opp gjennom en ny vurdering i 2017. Helseforetakene har fått krav om at bygningsmassen skal vurderes hvert fjerde år. Gjennomsnittlig tilstandsgrad for helseforetakenes sykehusbygg var 1,46 i 2017. Dette var en svak forbedring fra 2014, hvor gjennomsnittlig tilstandsgrad var 1,48. Det betyr at spesialisthelsetjenesten har både moderne sykehusbygg og sykehus som krever betydelige oppgraderinger. Samtidig er det store variasjoner mellom helseregionene. Tabell 12.2 viser at Helse Sør-Øst, som

eneste region, hadde en reduksjon i tilstandsgraden i sine sykehusbygg i perioden 2014–2017.

12.4 Investeringsplaner for perioden 2020–2024

De regionale helseforetakene behandlet de siste økonomiske langtidsplanene i juni 2019. Samlet for alle helseregionene planlegges det investeringer for nærmere 93 milliarder kroner i perioden 2020–2024, jf. tabell 12.3. Til sammenlikning ble det i perioden 2016–2019 investert for om lag 46 milliarder kroner. Dette innebærer en betydelig oppgradering av og investeringer i sykehusbygg landet over, noe som også skaper positive synergi for arbeidsmiljø, HMS- og pasientsikkerhetsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Sykehuse-nes investeringsplaner fremover må ses i lys av dagens tilstandsgrad på bygningsmassen, at arealbehovene endres med nye behandlingsformer, og at det må legges til rette for ny medisinsk teknologi og digitale løsninger.

Tabell 12.3 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2020–2024 (mill. kr):

	2020	2021	2022	2023	2024	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	8 856	11 940	14 373	12 989	9 714	57 872
Øvrige bygningsmessige investeringer	2 366	2 353	2 479	2 545	3 558	13 302
Medisinskteknisk utstyr	1 358	1 382	1 395	1 395	1 662	57192
IKT	2 836	2 708	2 386	2 455	2 002	12 387
Annet	527	520	575	463	477	2 562
Sum totale investeringer	15 943	18 903	21 208	19 847	17 413	93 315

Kilde: Helseforetakenes regnskaper

Nedenfor følger oversikt over de regionale helseforetakenes investeringsprosjekter over 500 millioner kroner som er under gjennomføring og/eller planlegges igangsatt i perioden 2020–2024. Oversikten er basert på helseregionenes økonomiske langtidsplaner.

Helse Sør-Øst RHF

I perioden 2020–2024 planlegger Helse Sør-Øst RHF å investere for 52 milliarder kroner.

Prosjekter over 500 millioner kroner som er under gjennomføring og med vedtatte lånerammer:

- vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF
- Tønsberg-prosjektet, Sykehuset i Vestfold HF
- nytt psykiatribygg, Sørlandet sykehus HF
- nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF
- nytt klinikkbygg og protonanlegg ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF

Prosjekter over 500 millioner kroner som er under planlegging:

- ny regional sikkerhetsavdeling, Oslo universitetssykehus HF
- trinnvis utvikling av Gaustad og Aker, Oslo universitetssykehus HF
- utbygging, inkludert stråleterapi ved sykehuset i Skien, Sykehuset Telemark HF
- nytt bygg for psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF
- det planlegges også for ny storbylegevakt i Oslo, der Oslo kommune skal bygge og leie ut arealer til Oslo universitetssykehus HF. Driften av storbylegevakten vil bli videreført innenfor rammen av dagens samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune

I tillegg gjennomføres program for standardisering og modernisering av IKT infrastruktur. Det ligger også inne flere prosjekter i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner som planlegges gjennomført. Disse prosjektene avhenger dels av fremdriften i andre prosjekter og dels av planlagt resultatutvikling. Dette gjelder stråle- og somatikbygg ved Akershus universitetssykehus HF, akuttbbygg ved Sørlandet sykehus HF, nytt Mjøssykehus, etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus HF, samt ombygging og rehabilitering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus i Vestre Viken HF.

Helse Vest RHF

I perioden 2020–2024 planlegger Helse Vest RHF å investere for om lag 19 milliarder kroner.

Prosjekter over 500 millioner kroner som er under gjennomføring og med vedtatte lånerammer:

- nytt barne- og ungdomssykehus trinn 2 ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF
- oppgradering og modernisering ved Helse Førde HF
- oppgradering av sentralblokken ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen HF
- nytt sykehus i Stavanger, Helse Stavanger HF
- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus, Helse Fonna HF
- protonbygg ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF

I tillegg pågår det planarbeid knyttet til ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF.

Helse Midt-Norge RHF

I perioden 2020–2024 planlegger Helse Midt-Norge RHF å investere for 12 milliarder kroner.

Prosjekter over 500 millioner kroner som er under gjennomføring og med vedtatte lånerammer:

- nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helseplattformen

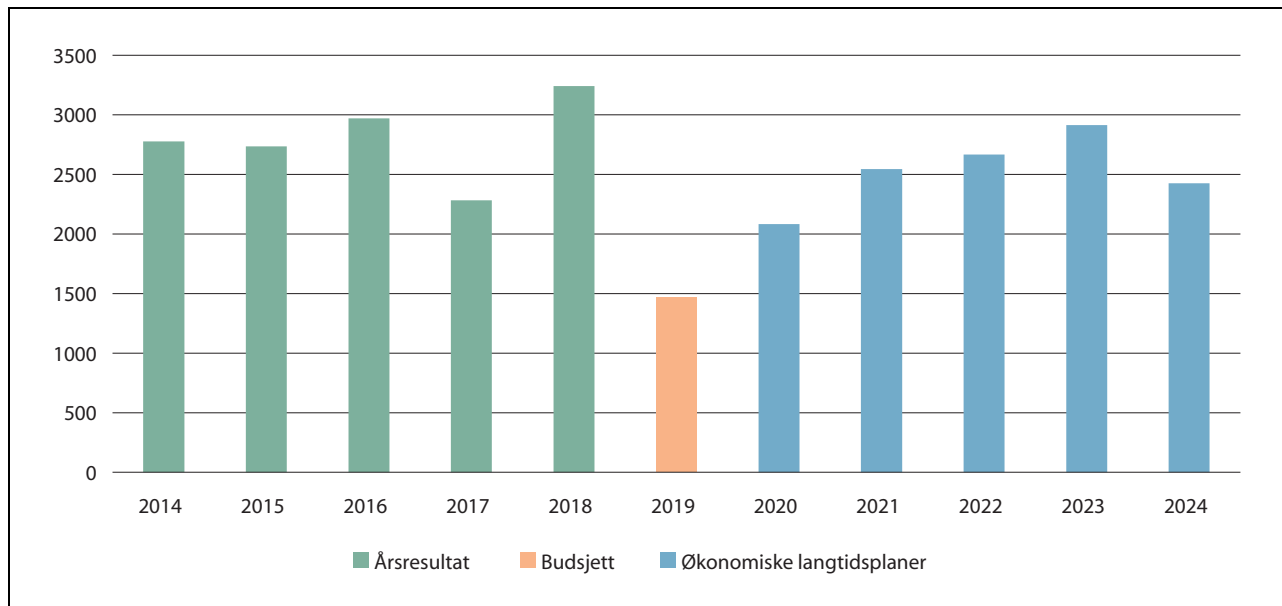
I tillegg pågår det planarbeid knyttet til senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital HF.

Helse Nord RHF

I perioden 2020–2024 planlegger Helse Nord RHF å investere for om lag 10 milliarder kroner.

Prosjekter over 500 millioner kroner som er under gjennomføring og med vedtatte lånerammer:

- nybygg og renovering ved sykehuset i Bodø, Nordlandssykehuset HF, hvor hoveddelen er ferdigstilt og tatt i bruk
- nytt sykehus i Narvik, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- nybygg i Hammerfest, Finnmarkssykehuset HF



Figur 12.1 Resultat og planlagt resultatutvikling i perioden 2014–2024. Samlet for alle RHF i millioner kroner

Kilde: Helseforetakenes regnskaper og økonomiske langtidsplaner

Prosjekter over 500 millioner kroner som er under planlegging:

- utvikling av Helgelandssykehuset HF

I tillegg pågår det utredningsarbeid for etablering av psykiatribygg ved Universitetssykehuset Nord Norge HF.

12.4.1 Krav til gjennomføring

Nye moderne sykehusbygg koster både i form av krav til egenkapital og deretter i form av økte renter og avdrag. I tråd med helseforetakenes helhetlige ansvar må dette håndteres innenfor sykehuse- nes egne rammer. Resultatutviklingen i de regionale helseforetakene må sees i lys av dette.

Det er foreslått lånebevilgning til utbygging av Oslo universitetssykehus HF i statsbudsjettet for 2020. Det planlegges også store utbygginger ved Helgelandssykehuset HF og Sykehuset Innlandet HF. Øvrige planlagte prosjekter har mindre omfang. Samtidig vil samlede investeringer øke mye de kommende årene som følge av at mange store prosjekter er vedtatt, jf. tabell 12.3. Dette gjelder alle regioner, og vil stille store krav til gjennomføring av prosjektene og effektiv drift for å sikre finansiering. Planlagt resultatkrav i helseforetakene ligger på om lag samme nivå som i femårsperioden 2014–2019.

I perioden 2020–2024 øker avdragene fra 1,1 til nær 2 milliarder kroner. Rentekostnadene vil også øke, dels som følge av økte låneopptak og dels

som følge av at renten på lån tatt opp fra og med 2018, har økt. Låneopptakene utgjør ved inngangen til 2020 om lag 23,7 milliarder kroner, og anslåtte rentekostnader er i 2020 budsjettet til 450 millioner kroner. Samlet låneopptak inkludert byggelånsrenter, anslås å utgjøre om lag 60 milliarder kroner ved utgangen av 2024 for dagens investeringsportefølje inkludert nye Oslo universitetssykehus HF. Dette tilsier at renteutgiftene vil være 2–3 ganger høyere i 2024 enn i 2020.

12.5 Økt ansvar for det enkelte helseforetak

Regjeringen slo i Granavoldenerklæringen fast at den vil videreføre dagens styringsmodell, men gi mer myndighet og ansvar til det enkelte sykehus. Regjeringen mener at tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan bidrar til dette. Dette gjelder særlig forslaget om å innføre helsefelleskap som den primære arenaen for å utvikle samhandlingen mellom helseforetak og kommuner. Nasjonal helse- og sykehusplan gir også nasjonale føringer for neste lokale utviklingsplaner, blant annet knyttet til akuttmedisinske tjenester, innretning av akuttmottak og mål for flytting av tjenester hjem til pasientene, noe som vil bidra til å bemyndiggjøre helseforetakene.

For å gi departementet råd om hvordan helseforetakene, innenfor dagens styringsmodell, kan gis økt ansvar og myndighet, ble det våren 2019

satt ned en arbeidsgruppe med styrerepresentanter og ledere på ulike nivå i helseforetakene. Arbeidsgruppen anbefalte tydeliggjøring av rollen til styrene i helseforetakene, mer tilpassede oppdrag fra regionale helseforetak til helseforetak i lys av lokale behov og forutsetninger, tettere integrasjon av avtalespesialister og private leverandører med avtale og tettere og mer forpliktende samarbeid med kommunene.

Regjeringen legger til grunn at de regionale helseforetakene vurderer arbeidsgruppens innspill knyttet til samhandlingen mellom regionale helseforetak og helseforetak. Regjeringen deler i hovedsak arbeidsgruppens vurderinger om ønsket utvikling i forholdet til avtalespesialister, private med avtale og kommunene. Regjeringen anser at intensjonene i arbeidsgruppens innspill knyttet til samhandling med kommunene er ivare tatt av forslaget om å innføre helsefellesskap. Det har over flere år pågått et arbeid for å integrere avtalespesialistene bedre i den øvrige spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsavtaler er for en stor del inngått mellom helseforetak og avtalespesialister, avtalepraksis inngår i utdanning, det piloteres modeller for rettighetsvurdering, det arbeides med å inkludere avtalespesialistenes aktivitet i ISF og det varsles i denne meldingen at avtalespesialistene på sikt skal omfattes av pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Samlet sett innebærer disse tiltakene at avtalespesialistene vil kunne inngå som en fullverdig aktør i spesialisthelsetjenesten.

12.6 Oppfølging av merknad fra komiteen til behandling av Prop. 83 L (2017–2018) om sykehusgodkjenning

I 2018 behandlet Stortinget Prop. 83 L (2017–2018) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven (godkjenning av virksomheter og helsetjenester). I forbindelse med behandlingen av denne proposi-

sjonen ga komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre i innstillingen uttrykk for, under punktet om «Godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus», at «kravene som stilles for å få godkjent status som universitetssykehus, bør ses på i forbindelse med revidert nasjonal helse- og sykehusplan.»

Denne Nasjonale sykehusplanen (Meld. St. 7 (2019–2020)) må ikke forstås som en revisjon av den forrige. Departementet har heller ikke motatt innspill underveis i arbeidet om problemstillingene som ble behandlet i Prop. 83 L (2017–2018). Siden Stortinget behandlet Prop. 83 L (2017–2018), har Kunnskapsdepartementet oppnevnt et ekspertutvalg (Grimstadutvalget) som tidligere i år leverte rapporten «*Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter*». I rapporten er det drøftet ulike modeller for å øke antall studieplasser ved medisinutdanningen i Norge. Utvalget anbefaler eksempelvis studiemodeller der studentene er ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av studietiden, som del av studieplanen ved sitt lærested. I samsvar med dette anbefaler utvalget etablering av nye campuser.

Dersom oppfølgingen av dette utvalgsarbeidet gjør at det blir behov for økt kapasitet i utdanningen, vil det kunne føre til at flere sykehus må bidra til utdanningen på en annen måte enn de gjør nå. Det kan blant annet gjøres ved at de bidrar mer både i den gjennomgående kliniske undervisningen i hele studiet, og i praksisstudiene. Det er imidlertid usikkert om en slik eventuell utvikling vil føre til at det blir behov for flere universitetssykehus, eller om det vil være mer formålstjenlig at nye campuser heller knyttes til eksisterende universitetssykehus i et tettere samarbeid om undervisning og forskning. Slike spørsmål må utredes grundig. Det er derfor naturlig å se oppfølgingen av komiteens merknad til Prop. 83 L (2017–2018) i sammenheng med behandlingen av dette utvalgets arbeid.

13 Økonomiske og administrative konsekvenser

Nasjonal helse- og sykehusplan gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden. Planperioden er 2020–2023, men utviklingsretningen strekker seg utover dette, og fremskrivingene som ligger til grunn for planarbeidet, har en horisont mot 2035.

Med noen unntak er det en gjennomgående forutsetning at gjennomføringen av planen skal skje innenfor de til enhver tid gjeldende rammer for regionale helseforetak, kommuner og departementets underliggende etater. Unntakene er i hovedsak knyttet til digitaliseringstiltak, studie-plasser for sykepleiere og enkelte tilskudd til kommunene. Dette innebærer samtidig at måloppnåelsen vil avhenge av utviklingen i det økonomiske handlingsrommet for de aktuelle aktørene framover. Eventuelle forslag til bevilgningsøkninger på departementets budsjettområde vil fremmes i den ordinære budsjettprosessen.

13.1 Om bærekraften i helse- og omsorgstjenesten

SSB anslår at antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene må øke med 35 prosent frem mot 2035 for å dekke fremskrevet behov for helse- og omsorgstjenester. I så fall vil sektoren legge beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken. I

kapittel 9 diskuteres usikkerheten og følsomheten i fremskrivingene fra SSB. Dette er også illustrert i tabell 13.1. SSB sine fremskrivinger må ikke forstås som et anslag på konsekvensene av innholdet i denne meldingen. Fremskrivingene illustrerer effekten av demografiske endringer, gitt forutsetningene omtalt i kapittel 9.

Selv om fremskrivingene fra SSB er følsomme for endringer i forutsetningene, skal det mye til for at veksten i antall eldre ikke fører til en betydelig vekst i etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Historiske erfaringer knyttet til utvikling i standard og produktivitet, indikerer ikke at alternativet med lav vekst er sannsynlig, med mindre omstillingstakten øker. Under halvparten av den historiske veksten i helseutgifter kan forklares av endringer i demografi og inntekt alene.¹ Samtidig vil den demografiske utviklingen øke knappheten på helsepersonell, særlig i distriktene.

Derfor mener regjeringen at ressursveksten i spesialisthelsetjenesten må vris fra vekst i bemanning, som er en knapp ressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere fremtidig arbeidskraftbehov. Denne omstillingen forutsetter at sentrale rammebetingelser knyttet til for eksempel finansieringsordninger og lovverk er på plass. Regjeringen vil følge opp dette gjennom forslag til budsjett- og lovvedtak.

¹ Maisonneuve og Oliveira Martins (2014).

Tabell 13.1 Fremskrevet behov for årsverk i helse- og omsorgstjenesten i 2035 under ulike forutsetninger. Demografiutvikling som i SSBs hovedalternativ (MMMM).

Scenario	Familie-omsorg	Standard	Produktivitet	Bedre helse	Årsverk 2035	Pst. endring fra 2017
Referanse	Konstant	1 % vekst	0,5 % vekst	Ja	415 000	35 %
Høy vekst	Konstant	1 % vekst	Konstant	Nei	541 000	75 %
Lav vekst	Konstant	Konstant	0,5% vekst	Ja	337 000	9 %

Kilde: SSB

13.2 Økonomiske og administrative konsekvenser på hovedområder i planen

Summen av tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan vil gi bedre tjenester til pasientene og bidra til en mer bærekraftig utvikling av helse- og omsorgstjenesten. Det er samtidig krevende å måle effekter av enkelttiltak, både fordi mange forhold spiller sammen og fordi det kan ta lang tid før effekter blir synlige.

De regionale helseforetakene har anslått hvordan noen konkrete tiltak i planen kan bidra til å redusere vekstbehovet i spesialisthelsetjenesten:

- Tverrfaglige oppsøkende team som ACT og FACT følger aktivt opp pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk. Dette reduserer ikke nødvendigvis bemanningsbehovet, men kan gi bedre tjenester til pasientene, og bidra til at døgnkapasiteten i større grad kan rettes mot pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg av ambulante tilbud.
- Samlet viser internasjonale erfaringer at integrerte, teambaserte helsetjenester kan bidra til 20–30 prosent reduksjon i innleggelses i spesialisthelsetjenesten.
- Nettbasert behandling i psykisk helsevern vil kunne øke antall konsultasjoner per behandler. De regionale helseforetakene har beregnet at dersom 15 prosent av konsultasjonene for angst og depresjon håndteres nettbasert, vil dette kunne frigjøre 7,5 prosent av totalt antall konsultasjoner. Denne kapasiteten kan brukes til å gi et bedre tilbud til pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg av nettbasert behandling. I tillegg sparer pasientene tid og reiseutgifter.
- Et grovt anslag er at ulike former for oppfølging av pasienter utenfor sykehus ved bruk av teknologi kan erstatte om lag 16 prosent av konsultasjonene i somatiske sykehus. Dette kan utgjøre i underkant av 1 million konsultasjoner i 2035.

Å realisere dette potensialet vil kreve målrettet innsats utover planperioden fra 2020 til 2023. Beregningene må heller ikke tolkes som nettoeffekter. Flere av tiltakene vil kunne frigjøre ressurser på ett område, men kreve oppbygning av kapasitet og kompetanse på andre områder i spesialisthelsetjenesten. For eksempel kan ambulant teambehandling redusere behovet for sengeplasser, uten at bemanningsbehovet nødvendigvis går ned.

En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste

Regjeringen og KS har inngått en avtale om innføring av helsefelleskap. I avtalen fremgår det at regjeringen og KS anbefaler at kommuner og de regionale helseforetakene innretter sitt samarbeid i tråd med prinsippene som helsefelleskapene skal bygge på, eller treffer beslutninger om dette, innen utgangen av 2020.

Målet er at helsefelleskapene skal legge til rette for utvikling av bedre tjenester til befolkningen og bedre utnyttelse av de samlede ressursene som spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har til rådighet. Innføringen av helsefelleskap baseres i hovedsak på videreutvikling av eksisterende samarbeidsstrukturer og vil derfor ha mindre økonomiske og administrative konsekvenser. Regjeringen vil fremme forslag om å innføre et krav i regelverket om at samarbeidsavtalene skal inneholde omtale av hvordan kommuner og helseforetak skal drive utvikling og planlegging av tjenestene, jf. avsnitt 4.1.2. Etablering av sekretariat og/eller koordinator for samarbeidet mellom kommuner vil bidra til mer effektive prosesser, og vil kunne frigjøre tid for ansatte som nå skjotter disse pliktene, i tillegg til ordinær stilling.

Kommunene har ansvar for fastlegeordningen. De samarbeidende kommunene bør derfor bli enige om hvordan de fordeler kostnadene knyttet til fastlegenes deltakelse i helsefelleskapene. Kommunene har ansvar for fastlegeordningen. De samarbeidende kommunene bør derfor bli enige om hvordan de fordeler kostnadene knyttet til fastlegenes deltakelse i helsefelleskapene. Størrelsen på disse kostnadene vil være begrenset, men vil avhenge av hvor mange møter fastlege-representantene deltar i. Dersom to fastlege-representantene deltar i for eksempel åtte møter i helsefelleskapet løpet av et år kan et grovt estimat for hvilke kostnader kommunene samlet i det enkelte helsefelleskap bør dekke være vel 100 000 kroner.

Forslagene i meldingen endrer ikke ansvarsfordelingen mellom kommuner og de regionale helseforetakene. Det betyr ikke at måten oppgavene blir utført på, vil ligge fast, jf. omtale i avsnitt 4.1.4 og 4.1.6. Utvikling i blant annet teknologi og medisiner og forventninger fra pasientene innebærer at den konkrete oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i kontinuerlig endring. Det er ikke hensiktsmessig at departementet i sin løpende styring av spesialisthelsetjenesten slår fast hvordan oppgavefordelingen mel-

lom sykehus og kommuner skal være i detalj. Departementet har begrenset kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling og kompetansebehov på lokalt nivå i kommuner og sykehus, og disse avklaringene bør primært overlates til de som yter tjenestene – i samsvar med den lovregulerte ansvarsdelingen mellom helseforetak og kommuner, pliktene som følger av lov og forskrift og de faglige rådene som helsemyndighetene har utstedt. Det sentrale målet med helsefelleskapene er nettopp at kommuner og sykehus skal bli bedre til å utarbeide gode løsninger og planer på områder der de har felles ansvar, ut fra lokale forutsetninger og behov.

Teknologi i pasientens helsetjeneste

I Nasjonal helse- og sykehusplan angir regjeringen retning for hvordan spesialisthelsetjenesten skal nyttiggjøre seg teknologi og hvordan nasjonale virkemidler må justeres for å understøtte dette. Bedre utnyttelse av teknologien kan bidra til mer effektiv ressursbruk. Samtidig vil ofte innføring av teknologi kreve investeringer samtidig som drifts- og forvaltningskostnader kan øke. Det er derfor viktig at de som tar teknologien i bruk, systematisk henter ut gevinstene som ny teknologi kan gi. Siden bærekraftutfordringene primært er knyttet til fremtidig mangel på arbeidskraft, er det særlig viktig å gjennomføre arbeidskraftbesparende teknologiske endringer. Det betyr ikke at teknologi som primært øker kvaliteten, ikke er viktig, men at spesialisthelsetjenesten i sitt planleggingsarbeid må ha særlig oppmerksomhet på teknologiens mulighet til å redusere behovet for vekst i bemanning.

Digitalisering – en forutsetning for pasientens helsetjeneste

I Nasjonal helse- og sykehusplan angir regjeringen tydelige mål, ansvar og prioriteringer for digitaliseringen i spesialisthelsetjenesten. Videre varsles det at regjeringen vil ta større ansvar for å sette retning og rammer for IKT-utviklingen – både gjennom styring av etater og regionale helseforetak, samarbeid med kommunesektoren, bruk av regulering og normering og budsjettforslag. Digitalisering er en forutsetning for realisering av målbildet for pasientbehandlingen som presenteres i planen. I tillegg vil digitalisering i seg selv bidra til bedre ressursbruk gjennom å legge til rette for mer effektive arbeidsprosesser og bedre informasjonsutveksling. De som har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester, det

vil si kommuner og regionale helseforetak, har hovedansvaret for å gjennomføre nødvendige digitaliseringstiltak innenfor de rammer og krav som nasjonale myndigheter fastsetter. Selv om private helsetjenesteleverandører som har avtale med det offentlige, ikke har et sørge-for-ansvar, har de plikt til å yte faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og etterleve krav til digitale løsninger som er nedfelt i regelverk og avtaler. Budsjettkonsekvenser av tiltak som er et helt eller delvis statlig ansvar, blant annet knyttet til nasjonale felleskomponenter og e-helseløsninger, vil fremmes av regjeringen i den ordinære budsjettprosessen.

Kompetanse

Helsepersonell er den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. I Nasjonal helse- og sykehusplan foreslås tiltak for å forvalte og utvikle denne ressursen bedre. Det vil bidra til økt bærekraft.

Opptappingsplanen for ABIOK-sykepleiere gjennomføres innenfor vedtatte rammer. En eventuell ytterligere økning av studieplasser i ABIOK-sykepleie vil fremmes i den ordinære budsjettprosessen. Flere lærlinger innen helsefag vil øke fylkeskommunenes utgifter til lærlingtilskudd. Lønnsutgifter ut over dette dekkes innenfor de regionale helseforetakenes rammer. Dersom lærlingene bidrar til økt aktivitet, kan det samtidig gi økte ISF-inntekter. Partene i arbeidslivet legger til grunn at 50 prosent av lærlingens arbeidstid er knyttet til verdiskaping og 50 prosent er knyttet til opplæring.

Psykisk helsevern

Forslagene knyttet til psykisk helse vil ikke endre ansvarsforhold eller påføre spesialisthelsetjenesten og kommuner nye oppgaver. Det vises til omtale av ACT- og FACT-team og nettbasert behandling i psykisk helsevern over.

13.3 Gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan

Helse- og omsorgsdepartementet skal følge opp utviklingsretningen som er presentert i Nasjonal helse- og sykehusplan gjennom styringsdokumentene for etatene og de regionale helseforetakene. Videre har departementet ansvar for at nasjonale rammebetingelser, som lovverk og finansieringsordninger, understøtter den ønskede utviklingen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med

eventuelle konkrete forslag til lovendringer og budsjettvedtak.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse vil få en særlig rolle i oppfølgingen av meldingen i tråd med deres roller som henholdsvis følge med-organ for helse- og omsorgstjenestene og ansvarlig for koordinering av digitalisering i helse- og omsorgstjenesten.

Ansvar for å utvikle tjenestene i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan ligger hos de regionale helseforetakene og kommunene. Departementet vil derfor gi føringer for neste generasjon av lokale og regionale utviklingsplaner og formidle forventninger til helsefelleskapene i tråd med forslagene i denne meldingen og avtalen med KS om innføring av helsefelleskap, jf. kapittel 4. Helsefelleskapene oppfordres til å komme med innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan.

Regjeringen foreslår ikke en evaluering av gjennomføringen av Nasjonal helse- og sykehusplan som helhet. Meldingen presenterer en omfattende strategi for helse- og omsorgstjenesten, og spenner over vidt forskjellige temaer. Det vil ikke være hensiktsmessig å evaluere dette samlet. Det skal gjennomføres en ekstern evaluering av pakkeforløpene for psykisk helse og rus. Helsefelleskapenes innspill til neste helse- og sykehusplan

Boks 13.1 Regjeringen vil

- at ressursveksten i spesialisthelsetjenesten vises fra vekst i bemanning til investeringer i teknologi og kompetanse

vil også gi kunnskap om hvordan planens mål- bilde knyttet til samhandling ivaretas. Regjeringen understreker videre at alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren er pålagt å drive kontinuerlig evaluering av egen virksomhet, herunder evaluering av iverksatte tiltak, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Helse og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. november 2019 om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1

**Avtale mellom regjeringen og KS om
innføring av helsefellesskap**



Helse- og
omsorgsdepartementet



Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste

Bakgrunn

Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen gjelder samarbeid om innføring av helsefelleskap mellom helseforetak og kommuner for sammen å planlegge og utvikle bedre helse- og omsorgstjenester.

Formålet med avtalen

Regjeringen og KS deler målet om å skape mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen og KS ønsker at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene. Regjeringen og KS ønsker derfor at helseforetak og kommuner sammen etablerer helsefelleskap. I helsefelleskapene møtes representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Regjeringen vil i den kommende Nasjonale helse- og sykehusplanen i tråd med dette foreslå å etablere 19 helsefelleskap med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene.

Prinsippene som helsefelleskapene skal bygge på

Regjeringen og KS er enige om at etablering av helsefelleskapene skal bygge på følgende prinsipper:

En tydeligere samarbeidsstruktur:

Helsefelleskapene mellom partnerne tar utgangspunkt i en tredelt struktur – et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg. Brukerrepresentanter og fastleger involveres på alle nivå – både i det strategiske arbeidet og i utvikling av konkrete prosedyrer. Det vil være rom for lokale tilpasninger i samarbeidsstrukturen.

Figur 1.1

Bedre felles planlegging:

Helseforetak og kommuner skal i helsefellesskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå. Regjeringen og KS anbefaler at helseforetaket og kommunene inngår en konkret avtale om hvordan de skal drive utvikling og planlegging av tjenestene i helsefellesskapet. Regjeringen vil fremme forslag om å justere lovbestemmelsen om samarbeidsavtalene i tråd med dette.

Økt samordning:

For å utvikle nødvendige tjenester og opptre som en likeverdig partner i helsefellesskapet bør kommunene i større grad samordne seg, dvs. at noen kommuner stiller i samarbeidsutvalget på vegne av en gruppe kommuner. Samordningen bør fortrinnsvis bygge på etablerte samarbeidsstrukturer mellom kommunene. Tilsvarende må helseforetak som favner flere sykehus sikre at disse opptre samordnet i helsefellesskapet.

Bedre beslutningsprosesser:

Den formelle beslutningsmyndigheten vil som i dag ligge i helseforetakene og kommunene. Samtidig bør beslutningsprosessen i partnerskapet bli bedre og mer forpliktende enn den er i dag. Regjeringen og KS er enige om at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet.

Sekretariat:

Et velfungerende sekretariat vil være et viktig virkemiddel for å sikre åpenhet og legitimitet i beslutningsprosessene, og oppnå konsensusbeslutninger.

Tydelige prioriteringer:

Regjeringen og KS mener at helsefellesskapene bør ha et særlig fokus på å utvikle gode tjenester for:

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser

Felles virkelighetsforståelse:

En viktig forutsetning for å planlegge og utvikle tjenester sammen er en felles virkelighetsforståelse. Regjeringen og KS vil tilrettelegge for at det fremskaffes bedre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy som kan benyttes av helsefellesskapene.

Behov for lokale tilpasninger:

Forutsetningene for å yte tjenester er ulike i forskjellige deler av landet. Målet om likeverdige tjenester fordrer derfor at det må være rom for ulik organisering og lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak.

Innspill til neste Nasjonale helse- og sykehusplan:

Regjeringen og KS ønsker at neste Nasjonale helse- og sykehusplan skal bygge på innspill fra helsefellesskapene.

Figur 1.2


Oppfølging

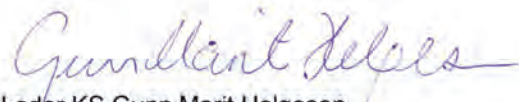
Avtalen gjelder for planperioden 2020-2023. Avtalen gjelder til 31. desember 2023 eller til én av partene ønsker å si den opp. Oppsigelse skal gis med minst tre måneders varsel.

Regjeringen og KS anbefaler at kommuner og helseforetak innretter sitt samarbeid i tråd med prinsippene som helsefelleskapene skal bygge på, eller treffer beslutninger om dette, innen utgangen av 2020. Regjeringen vil innrette sin styring av de regionale helseforetakene i tråd med dette. KS vil i sine organer og nettverk oppfordre medlemmene i KS til å delta i helsefelleskapene i tråd med prinsippene beskrevet over.

Avtalen vil bli fulgt opp gjennom jevnlig kontaktmøter. Arbeidet skal evalueres årlig av regjeringen og KS i forbindelse med konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren.

Oslo 23. oktober 2019


Helseminister Bent Høie


Leder KS Gunn Marit Helgesen

Figur 1.3

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

www.publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Illustrasjoner: Gjerholm design AS

Foto: Fotograf Esten Borgos, Borgos Foto AS

Trykk: 07 Media AS – 11/2019

