



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6

Nasjonal helseplan (2007–2010)

Innhold

6	Nasjonal helseplan (2007–2010)	243	6.4.5	Bioteknologi	297
6.1	Helseplanens bærebjelker	243	6.4.6	Beredskap i helse- og sosialsektoren	298
6.2	Høringsprosess og oppfølging av Nasjonal helseplan	245	6.4.7	Internasjonalt samarbeid innenfor helse- og sosialområdet	300
6.2.1	Høring	245	6.4.8	Prehospitale akuttjenester	304
6.2.2	Oppfølging av Nasjonal helseplan .	247	6.5	Sentrale utviklingstiltak i planperioden	306
6.3	Status og utvikling på helsetjenestens hovedområder	247	6.6	Nasjonal koordinering på enkelte fagområder	309
6.3.1	Folkehelsearbeid	247	6.6.1	Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)	310
6.3.2	Den kommunale helse- og sosialtjenesten	256	6.6.2	Opptappingsplan for rusfeltet	312
6.3.3	Spesialisthelsetjenesten	265	6.6.3	Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten	314
6.3.4	Helhet og samhandling	275	6.6.4	Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009)	315
6.4	Gjennomgående strategiske områder	278	6.6.5	Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2010)	316
6.4.1	Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering	278	6.6.6	Nasjonal KOLS-strategi	317
6.4.2	Personell og kompetanse	287	6.6.7	Kvinnehelsestrategi (2003–2013) ...	318
6.4.3	Forskning for bedre helse	291			
6.4.4	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) ...	295			

6 Nasjonal helseplan (2007–2010)

I Norge har vi satt et høyt ambisjonsnivå for helse-tjenestene. Vi vil at tjenestene skal ha høy kvalitet, være tilgjengelige innenfor akseptabel ventetid og avstand og at tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Langt på vei er de høye ambisjonene innfridd, og vi har en helsetjeneste som er blant de beste i verden. Samtidig erkjenner vi at det er mangler og utfordringer på en rekke områder som viser at det fortsatt er mye som kan bli bedre. Det er bred enighet i Norge om de sentrale målene for helsepolitikken. Regjeringen vil arbeide systematisk for å nå disse. Brukererfaringer og tilsynsvirksomhet som avdekker feil og mangler i organisering eller i tilbud, skal følges opp.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) presenterer regjeringen status for helsetjenesten i Norge i dag, og foreslår politiske grep som skal gi en bedre helsetjeneste. En bedre helsetjeneste betyr også å forebygge og legge til rette for medvirkning fra brukere og pårørende.

Utfordringene i helsetjenestene i kommende år er betydelige, fordi det blir flere eldre, endret sykdomspanorama, og det utvikles stadig nye kostbare medikamenter og behandlingsmetoder. For å møte disse utfordringene vil regjeringen i denne fireårige planen vektlegge seks bærebjelker som skal prege alle typer helsetjenester:

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

Nasjonal helseplan skal vise hvordan de ulike deler av helsetjenesten er avhengig av hverandre for at brukere og pårørende skal kunne hjelpes på en god måte.

Regjeringen vil orientere om oppfølgingen av Nasjonal helseplan i de årlige statsbudsjettene. Det skal gjennomføres prosesser med helsetjenesten, brukere og ansatte der status og videre utvikling skal gjennomgås.

6.1 Helseplanens bærebjelker

I internasjonal sammenheng har Norge en godt utviklet helsetjeneste. En grunnleggende verdi er at alle innbyggere skal ha lik tilgang på gode tjenester finansiert gjennom offentlige ordninger. Det er i de senere år gjennomført viktige reformer både innen kommunehelsetjenesten (fastlegeordningen) og spesialisthelsetjenesten (sykehus). Erfaringer og evalueringer viser at reformene har hatt betydelige positive effekter, men samtidig er ikke alle intensjoner innfridd så langt.

Regjeringen vil gjennom Nasjonal helseplan (2007–2010) styrke og samordne innsatsen for likere og mer rettferdig fordeling av god helse. Den overordnede oppgaven er å forebygge sykdom og skader. Dette stiller ikke bare krav til helsetjenesten, men til alle samfunnssektorer som påvirker folkehelsen.

Brukere og pårørende har høye forventninger til helsetjenestene, og noen mangler og særskilte utfordringer er synliggjort. Vi har som mål at helsetjenester skal være rettferdig og likeverdig fordelt. Likevel ser vi at det er geografiske forskjeller i tjenestetilbudet. Det er geografiske forskjeller i ventetid og prioritering mellom diagnosegrupper. Det er dokumentert betydelige sosiale forskjeller i helse og mye tyder på at det også er slike forskjeller i helsetjenestebruk. Det er fortsatt uakseptable ventetider innen noen fagområder. Rapporterte feilbehandlinger øker. Mange brukere og pårørende opplever helsetjenesten som oppstykket, uten tydelig ansvar for samhandling mellom de forskjellige aktørene. Morgendagens utfordringer ligger også i at det blir flere gamle, at sykdomspanoramaet endrer seg og i at ny kunnskap gir nye og oftest kostbare behandlingsmuligheter. Ansattes organisasjoner melder om en opplevelse av fremmedgjøring når språk fra næringslivet i økende grad benyttes i sektoren.

Forventningene til helsetjenestene i årene som kommer vil fortsatt være høye. Dette vil kreve at vi organiserer og leder helsetjenesten bedre og utnytter den kunnskap som brukere og ansatte har. Regjeringen vil på bakgrunn av dette trekke fram seks bærebjelker som skal være felles for forebyggende arbeid, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helhet og samhandling

Et tilbakevendende tema i utredninger, evalueringer og i kritikk fra brukerorganisasjoner er at det er for dårlig samhandling og for lite helhetlige tjenester. Dette gjelder både innen helsetjenesten og i samhandlingen med andre sektorer og fagområder som skole, barnevern, arbeids- og velferdsetat, justissektoren mv. Mange brukere opplever at de selv må styre samhandlingen mellom aktørene. Manglende helhetstenkning kommer gjerne til uttrykk når aktører skyver egne ansvarsområder over på andre i stedet for å samarbeide om gode løsninger som tjener brukerne. Behovet for en helhetlig tilnærming øker parallelt med at sykehusjennestene blir stadig mer spesialisert. Samhandling har ikke hatt den posisjon i det samlede helsetjenestesystemet som viktigheten tilsier. Å endre på dette er derfor sentralt i denne helseplanperioden. Nasjonal helseplan vektlegger at alle medarbeidere i helsetjenesten skal ha kunnskap om brukernes behov for samhandling i og utenfor organisasjonen. Ledere i sektoren har et særskilt ansvar for å organisere og gjennomføre samhandling der dette er nødvendig. Det vil også bli inngått avtaler mellom ansvarlige aktører på nasjonalt og lokalt nivå. God samhandling må ta utgangspunkt i at staten har forskjellige styringsvirkemidler overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, gitt en helhetlig omtale av utvikling, utfordringer og tiltak for de kommunale omsorgstjenestene. Nasjonal helseplan må sees i sammenheng med de utfordringer og tiltak som er lagt fram i stortingsmeldingen om framtidens omsorgstjenester.

Demokrati og legitimitet

Sykehusreformen, fastlegereformen, opptrappingsplanen for psykisk helse og rusreformen er viktige helsereformer som er gjennomført de siste årene. Regjeringen vil bygge videre på at helsetjenesten skal være politisk styrt og profesjonelt drevet og være preget av åpenhet og medvirkning. På mange områder skjer dette best innenfor rammen av kommunalt selvstyre. En god helsetjeneste må ha legitimitet og tillit i befolkningen. Evalueringer og tilbakemeldinger viser at fastlegeordningen, de øvrige kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenesten har høy legitimitet i befolkningen. Den allmenne forventning til helsetjenesten er betydelig og økende i takt med medisinske framskritt og økonomisk utvikling. Dette gjelder i

særlig grad for spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen av helseplanen i de årlige budsjettframleggene må synliggjøre et realistisk forventningsnivå og avklare rammer for utvikling og drift av tjenestene. Innenfor de politiske fastsatte rammer, skal ledelse og ansatte i helsetjenesten forvalte tildelte ressurser på en samfunnsmessig god måte. Regjeringen tar demokratiutfordringen på alvor og har allerede utnevnt nye styrever for helseforetakene. Et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene er oppnevnt blant foreslåtte folkevalgte. Det vil fortsatt skje videreutvikling og hensiktsmessige tilpassinger innenfor foretaksmodellen. Regjeringen vil i perioden vektlegge nasjonal styring av spesialisthelsetjenesten på utvalgte områder som er av betydning for å oppnå likeverdige tilbud og god nasjonal ressursutnyttelse. Den demokratiske rett til likeverdig tilbud for den samiske befolkning, innebærer at helsetjenestene må utvikle kunnskap i samisk språk og kultur for å kunne kommunisere godt og tilby gode tjenester. I situasjoner hvor dette ikke er mulig, må nødvendig tolketjeneste etableres.

Nærhet og trygghet

I Norge ønsker vi et desentralisert bosettingsmønster. Helsetjenesten skal understøtte dette. Vi ønsker at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av hvor de bor. Behandling og oppfølging skal fortsatt organiseres etter LEON-prinsippet (laveste, effektive omsorgsnivå). Nærhet og lokalkunnskap gir de beste muligheter for å få til et individuelt tilpasset tjenestetilbud med reell brukerinnyttelse. Vi må derfor legge til rette for en god kommunal tjeneste som følger brukeren over tid. Kommunene har særlig gode forutsetninger for lokalt forebyggende arbeid.

Den medisinske utviklingen forutsetter tilgang til avansert diagnostikk og behandling som ofte krever spesialkompetanse. Denne faglige utviklingen innebærer sentralisering på enkelte områder. Utviklingen tilsier å sentralisere det som må sentraliseres og desentralisere det som kan desentraliseres. Lokale helsetjenester med høy faglig kvalitet skal organiseres og utvikles i samarbeid med kommunehelsetjenesten og de prehospitale tjenester. Nasjonal helseplan bygger på regjeringens program om at ingen lokalsykehus skal legges ned. Lokalsykehusenes innhold må utvikles og omstilles på basis av godt faglig innhold, med hovedvekt på de store sykdomsgrupper hvor behandling og rehabilitering nær bosted er viktig.

Sterkere brukerrolle

Vi vil at brukerne skal ha kunnskap om tjenestene og at de skal medvirke og påvirke. Blant annet vil større åpenhet om helsetjenestens innhold og kvalitet stå sentralt i utviklingsarbeidet. Brukerne og deres pårørende er eksperter på egen situasjon og egen mestring. Denne ressursen kan benyttes bedre i behandling og rehabilitering av den enkelte pasient, men er også nødvendig ved planlegging og utvikling av helsetjenestene. Flertallet av dagens pasienter er aktive brukere som ønsker å få god informasjon slik at de selv kan ta gode beslutninger for å fremme egen helse. Brukerne ønsker selv å sette mål for behandlingen – noen ønsker å løpe maraton etter en hofteoperasjon, mens det for andre er nok å kunne hente posten selv. Noen vil velge livsforlengende behandling uavhengig av hvor store bivirkninger den medfører, mens andre vil avstå fra slik behandling. Ikke alle brukere kan fremme egne krav og rettigheter. Dette gjelder særlig for alvorlig syke, en del personer med psykiske lidelser, mennesker med rusmiddelproblemer, mennesker med demens og personer med utviklingshemming. Pårørende er ofte en viktig formidler av brukerens ønsker og behov som omsorgsytere og støttespillere for helsetjenesten. I tillegg har brukerorganisasjonene en viktig rolle. Å bli tatt på alvor og å føle at man blir respektert som pasient er viktig for alle – både i lys av menneskeverdet og fordi vi vet at brukere som medvirker til egen behandling ofte oppnår bedre resultat. En bedre utnyttelse av ordningen med fritt sykehusvalg, vil stå sentralt i fireårsperioden for Nasjonal helseplan. Vi ønsker også at erfaringer og kunnskap som pasientene opparbeider seg som brukere av tjenestene, skal komme andre pasienter til gode. Det skal legges vekt på å videreutvikle brukerorganisasjonenes rolle i utvikling av helsetjenestene.

Faglighet og kvalitet

Fagene og fagfolkene er helsetjenestens grunnmur og verdiskaper. Helsetjenesten er en stor kunnskapsorganisasjon og kunnskapstilfanget akselererer. Generelt holder norske helsetjenester høyt faglig nivå. Fagmiljøene har et viktig ansvar knyttet til å innføre ny kunnskap og fase ut gammel. Dette er nødvendig for å opprettholde kvalitet på tjenestene på et internasjonalt nivå. Undersøkelser viser at feil skjer og at mange feil har alvorlige følger for pasientene. Det skal etableres systemer for å lære av slike feil slik at de ikke gjentar seg, og disse systemer skal understøtte utviklingen av helsetjenesten som en lærende organisasjon. Det er

viktig for tjenestens legitimitet at det er åpenhet om feil og kvalitetsforbedring.

Fagfolkene står i en virkelighet hvor brukeres forventninger, kunnskapens muligheter, etiske grunnverdier og økonomiske og faglige prioriteringer møtes. Prioriteringsutfordringene i helsetjenesten er krevende og kompliserte, og må løses med deltagelse fra fagmiljøene og brukerorganisasjonene. Regjeringen vil videreutvikle organisatoriske systemer for at brukere og nasjonale aktører bedre skal ivareta helheten i prioriterings- og kvalitetsarbeidet.

Arbeid og helse

Arbeid er sentralt for helse og rehabilitering. Nesten 11 pst. av befolkningen i yrkesaktiv alder mottar en uføreytelse. Belønning i form av lønn og anseelse betyr mye for selvfølelse og helse. Arbeidsledighet og usikker arbeidssituasjon utgjør en helse- og sosial risiko. Det er viktig å forhindre sosial utstøting av grupper som faller ut av utdanning og arbeid av helsemessige eller andre årsaker. I Nasjonal helseplan vil det legges vekt på forebygging og rehabilitering hvor arbeidslivet – og spesielt samarbeidet mellom arbeids- og velferdsetaten, helsetjenesten, arbeidsmiljømyndighetene og arbeidslivets parter, står sentralt.

I kapittel 6.5 gis en oppsummering av retningsvalg og konkrete tiltak i tilknytning til hver av bærebjelkene.

6.2 Høringsprosess og oppfølging av Nasjonal helseplan

Nasjonal helseplan (2007–2010) er utarbeidet i tråd med formuleringen i Soria Moria-erklæringen: «Stortinget skal få til behandling en nasjonal helseplan hvert fjerde år. Fylkeskommunene skal delta i utarbeidelsen av slike planer.» I tillegg til fylkeskommunene har departementet også invitert brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, arbeidsgiverorganisasjoner, KS, kommuner, Sametinget og regionale helseforetak til å medvirke i arbeidet.

6.2.1 Høring

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i mai 2006 ut et høringsnotat som inneholdt sentrale tematiske områder i Nasjonal helseplan. Over 600 instanser ble invitert til å komme med innspill. I forkant av dette ble det invitert til å komme med generelle innspill til arbeidet med helseplanen. I sine første innspill påpekte mange fylkeskommuner blant annet behovet for en helhetlig helseplan med presentasjon av folkehelseutfordringer, kom-

munehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Disse innspillene ble benyttet i det videre arbeidet.

Fra de om lag 160 høringssvarene er det tydelig oppslutning om behovet for en nasjonal helseplan. Høringen viser at det er bred enighet om viktige nasjonale mål for helsetjenesten, med likeverdige helsetjenester av høy kvalitet som overordnet mål. Videre er det bred tilslutning til situasjonsbeskrivelsen og hvilke utfordringer helsetjenesten står overfor.

Høringsinstansene er gjennomgående enig i at helsepolitikken tydelig skal vektlegge forebygging og folkehelsearbeid. De etterlyser en mer sektorervergripende tilnærming til nasjonalt helsearbeid. Institusjoner i arbeidslivet som bedriftshelsetjenesten, arbeids- og velferdsetaten (NAV) og institusjoner knyttet til barn og unges oppvekstvilkår som barnevern og skolehelsetjeneste, bør knyttes sterkere til temaet folkehelse. I flere av innspillene fra fylkeskommunene etterlyses det også at helseforetakene kommer mer med i dette arbeidet.

Et stort flertall av høringsinstanser sier seg enig i at samhandling har et stort forbedringspotensial og er en av de største utfordringene i årene framover. Samhandling med andre sektorer trekkes også fram som vesentlig. KS og kommunene påpeker at framtidige avtaler mellom helseforetak og kommunene må baseres på likeverd dersom samhandling skal lykkes, og framhever Helsedia-log (prosjektet mellom KS og Helse Sør RHF) som et godt eksempel. Mange instanser, særlig bruker- og samfunnsorganisasjoner, påpeker at samhandlingstiltak må være pasientrettede. Individuell plan og legenes praksiskonsulentordning trekkes fram som gode samhandlingsverktøy.

Et flertall av de instansene som har kommentert fastlegeordningen, er enig i at ordningen har flere positive sider. Samtidig påpeker mange kommuner og fylkeskommuner at tilgjengeligheten til fastlegen mange steder er for dårlig og at samordningen mellom fastlegene og andre instanser ikke er tilfredsstillende. En del understreker at de har en utfordring i forhold til tilstrekkelig legerekuttering til de kommunale legevaktene, samfunnsmedisinske stillinger og sykehjemmene. Et tiltak som forelås av flere, i litt ulike varianter, er at det etableres et avtalesystem som gjør at fastlegene i større grad inngår i den kommunale helsetjenesten. Enkelte instanser foreslår at det bør utdannes flere samfunnsmedisinere. Flere kommuner påpeker at utfordringen med lav legedekning på legevakt kan løses ved at det i større grad legges til rette for interkommunale legevakter.

Noen høringsinstanser gir uttrykk for ønske om en sterkere politisk styring av helseforetakene. Det blir videre påpekt av enkelte at det er behov

for å klargjøre rollene til de ulike aktørene i den sentrale helseforvaltningen.

Mange høringsinstanser har kommentert temaet lokalsykehus. De aller fleste er positive til at lokalsykehusene skal fungere som en trygghetsbase for befolkningen ved å tilby helsetjenester til store pasientgrupper som syke eldre og kronisk syke. Mange kommuner og fylkeskommuner påpeker at lokalsykehusene må ha et fullverdig akutt- og fødetilbud. Fra flere av disse etterlyses føringer i Nasjonal helseplan for hvilket innhold et lokalsykehus skal ha. Andre påpeker at lokalsykehusutviklingen bør gi rom for organisatoriske modeller som er tilpasset befolkningens behov og dagens kunnskap, teknologi og kompetanse hos personalet.

Mange av høringsinstansene framhever behovet for tydeligere prioriteringer og at prioritering i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må ses i sammenheng. Videre understrekes det av flere at prioriteringer må ta utgangspunkt i pasientens situasjon, og ikke være preget av enkeltsaker som blir kjørt fram i media. Andre foreslår at økonomiske virkemidler må vurderes for å understøtte prioritering. Noen instanser framhever at temaet sosial ulikhet i helse bør løftes fram som en sentral utfordring i forhold til målet om likeverdige tjenester.

Flere av høringsinstansene mener det er svært positivt at Nasjonal helseplan vil trekke opp linjene for arbeidet innen psykisk helsevern også etter 2008 når Opptappingsplanen for psykisk helse er slutført. Mange instanser og da særlig kommunene påpeker at Opptappingsplanen har ført til for rask nedbygging av institusjoner uten at kommunene har hatt tid til å bygge opp sitt tilbud. Flere kommuner viser til at de mangler kompetanse og ressurser til å behandle tunge brukere og etterlyser tydelige retningslinjer for krav til behandlingsnivå for denne gruppa.

Enkelte instanser påpeker at utfordringer knyttet til personvern, må løses før det implementeres nye informasjons- og kommunikasjonssystemer (IKT-systemer). Det pekes også på at pasienten må ha medbestemmelse i hvilken informasjon som sendes ut. Mange kommuner ønsker at de skal inkluderes sterkere i utbyggingen av Norsk helsenett. Enkelte instanser peker også på at IKT bør benyttes for å understøtte samhandling med andre sektorer, da særlig arbeids- og velferdsetaten.

Mange kommuner etterspør en økt forskningsinnsats innen den kommunale helse- og sosialtjenesten. Flere universitets- og høyskoler mener at forskning i sykehusene bør knyttes sterkere opp til forskningsmiljøene ved universitets- og høyskolene. Enkelte instanser etterlyser også økt fokus på forskning knyttet til organisering av helsetjenestene.

I mange høringsuttalelser blir det lagt vekt på at utdanningen i større grad bør rettes mot de behov, for kompetanse og personell, man har i dag. Tilknyttet dette etterlyser flere instanser tiltak slik at det utdannes flere geriater. Enkelte instanser peker på at spesialiseringen har gått for langt innen medisinen, særlig gjelder dette for kirurgien. Det blir videre påpekt at denne utviklingen skaper store utfordringer for de desentraliserte sykehustjenestene. Enkelte etterlyser på dette grunnlaget at det utdannes flere generalister. Enkelte utdanningsinstitusjoner viser til målsettinger om at brukere og pårørende i større grad skal inkluderes i pasientbehandlingen, og etterlyser tiltak som styrker formidlingskompetansen innen helsetjenesten.

Samtlige hørings svar er tilgjengelige på departementets hjemmeside: <http://odin.dep.no/hod/norsk/tema/p30009082/bn.html>

6.2.2 Oppfølging av Nasjonal helseplan

Nasjonal helseplan viser at det er behov for arenaer og prosesser der aktørene i fellesskap kan vurdere status, utfordringer og hvordan tjenesten kan utvikles for å nå de sentrale helsepolitiske målsettingene. Det legges opp til at Nasjonal helseplan skal være et fundament for dialog mellom aktørene basert på de overordnede mål som Stortinget fastsetter.

Det vil i de årlige statsbudsjettene orienteres om oppfølgingen av Nasjonal helseplan, med vekt på gjennomføring av de strategier og tiltak som omtales i helseplanen. I forkant av de årlige tilbakemeldingene til Stortinget om Nasjonal helseplan skal det gjennomføres prosesser med helsetjenesten, brukere og ansatte, der utviklingen kan drøftes i lys av de utfordringer og mål som er identifisert og satt i Nasjonal helseplan. Det skal etableres en årlig samling, hvor aktørene i fellesskap gjennomgår og drøfter vesentlige utviklingstendenser og utfordringer, og som blir en arena for gjensidig utveksling av synspunkter og forventninger. Dialogen skal i størst mulig grad ta utgangspunkt i de ordinære dokumentasjons- og rapporteringsordningene som er bygget opp; Sosial- og helsedirektoratets «følge-med»-rapport, Helsetilsynets tilsynsmeldinger, årlige meldinger fra de regionale helseforetak, KOSTRA, rapporter fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Samdata og Folkehelseinstituttets (FHI) rapporter om befolkningens helsetilstand mv.

6.3 Status og utvikling på helsetjenestens hovedområder

6.3.1 Folkehelsearbeid

Folkehelsen speiler samfunnsutviklingen, oppvekst- og levekår, og den utvikles og vedlikeholdes i kommuner og lokalsamfunn der folk bor og lever sine liv. Grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom hele livsløpet legges i barne- og ungdomsårene.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som virker positivt på folkehelsen og svekke faktorer som medfører helses risiko. Norges restriktive rusmiddelpolitikk og tobakkspolitikk har vært en viktig del av en slik innsats. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter tiltak i mange samfunnssektorer med sikte på å skape gode oppvekst- og levekår; barnehager og skoler som ivaretar barnas helse og utvikling, et samfunn som legger til rette for en sunn livsstil og som fremmer fellesskap, trygghet og mening for den enkelte. Samfunnets innsats i folkehelsearbeidet påvirker behovet for helsetjenester.

Velferds- og livsstilssykdommer er den store helseutfordringen i den vestlige verden. Det er nødvendig å sette i verk effektive forebyggende tiltak på mange arenaer. Samtidig må tiltak mot kjente helsetrusler og beredskapen mot nye helsetrusler som følger av at vi lever i en globalisert verden opprettholdes på et høyt nivå. Forebygging av smittsomme sykdommer er i denne sammenheng viktig.

Dagens situasjon på folkehelseområdet

Den norske befolkningen har gjennomgående god helse. Det har vært en positiv utvikling med redusert spedbarnsdødelighet, høyere levealder og mindre sykkelighet gjennom 1900-tallet. Bedre levekår og systematisk innsats i flere samfunnssektorer har sammen med den medisinske utviklingen bidratt sterkt til at vi i vår del av verden har fått bukt med en rekke epidemier og infeksjonssykdommer. Men også nye sykdommer og nye helsetrusler har oppstått. Som eksempler kan nevnes hiv-epidemien, oppblomstring av klamydia, utbrudd av legionella, utbredelse av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), SARS-utbruddet, fugleinfluenza mv.

Sykdomsutviklingen i den norske befolkningen kan i økende grad knyttes til levevaner og helseatferd. I følge The World Health report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life, er bruk av tobakk og alkohol, høyt blodtrykk og kolesterol

nivå, overvekt, lavt inntak av frukt og grønnsaker og fysisk inaktivitet de sju viktigste risikofaktorene for sykdom i vestlige land. Alle disse faktorene kan påvirkes og i stor grad forebygges. WHO oppfordrer i sin globale strategi for kosthold og fysisk aktivitet at alle land gjør tiltak for å reversere den globale overvektsepidemien som også rammer Norge.

Nest etter hjerte- og karsykdommer er psykiske lidelser av WHO anslått til i 2020 å være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning for begge kjønn på verdensbasis. I vestlige land forventes det at depresjon vil utgjøre den største byrden.

Som følge av systematisk ulykkes- og skadeforebyggende over tid har det skjedd en gledelig reduksjon i ulykkeskader i flere samfunnssektorer, for eksempel i trafikken. Skader etter ulykker er fortsatt et folkehelseproblem og er fremdeles den hyppigste dødsårsaken blant barn og unge. Hjem-, skole- og fritidsulykkene utgjør størstedelen av ulykkeskadene som krever behandling på sykehus eller legevakt.

En kunnskapsoppsummering om barns miljø og helse (rapport 2006:3 FHI) konkluderer med at norske barn er blant de friskeste i verden, målt ut fra sykkelighet og dødelighet. Norsk ungdom er fysisk friske og bruker lite helsetjenester. Ungdomsårene er imidlertid preget av en betydelig økning i andelen som rapporterer psykiske vansker. Det er betydelige sosiale forskjeller i helse og helseatferd blant barn og unge.

Befolkningssammensetningen og alderssammensetningen i befolkningen representerer også utfordringer for folkehelsen. Helseatferd som gir økt risiko for sykdom er mest utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Forekomsten av overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, diabetes type 2, høyt blodtrykk og høyt kolesterol er høyere, og økende i befolkningen generelt og i enkelte grupper i innvandrerbefolkningen spesielt. Andelen eldre vil de nærmeste tiårene fordobles. Selv om de aller fleste eldre over 67 år er funksjonsfriske og ved god helse, vil en økning i andelen eldre få betydning for kapasitet og kompetanse også i det forebyggende arbeidet. Forebyggende innsats tilpasset den enkeltes forutsetninger er viktig for å opprettholde funksjonsevne, livskvalitet og selvhjelpenhet i alderdommen.

Selv om arbeid i seg selv er en helsebringende faktor, ser vi at sider ved arbeidsforhold utgjør en helserisiko. Mangel på arbeid er imidlertid en stor helserisiko. Mer enn 10 pst. av Norges arbeidsdyktige befolkning står utenfor arbeidslivet. Videre viser tall fra Statistisk sentralbyrå fra første kvartal 2006 at totalt sykefravær har økt med 5,8 pst. siden første kvartal i 2005. Tallene viser at offentlig sek-

tor har det største sykefraværet med sterkest økning hos ansatte i helse- og sosialtjenesten. Diagnosene muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser står samlet for en stor andel av sykefraværet. Dette representerer utfordringer for folkehelsearbeid generelt og for arbeidsmiljøarbeid spesielt.

Situasjonen for sykdommer som kan overføres med mat eller vann, er ganske stabil. Når det gjelder meldte tilfeller, er campylobacteriose den vanligste sykdommen. Norge har fortsatt få tilfeller av salmonellose sammenlignet med andre land, og de fleste (80 pst.) er smittet utenlands. Når det gjelder ikke-meldepliktige sykdommer, er det fortsatt grunn til å anta at disse samlet er årsak til mange sykedager. Vanligste risikofaktorer er dårlig drikkevann og uhygienisk håndtering av mat.

Problematiske bruk av rusmidler representerer en stor utfordring på folkehelseområdet i Norge. Alkohol er det rusmiddelet som er den klart største trusselen mot folkehelsen. Nøyaktig kostnader av alkoholbruk i Norge er vanskelig å anslå. En rapport i 2006 om alkoholsituasjonen i Europa estimerer at de målbare kostnadene av alkoholbruk for EU i 2003 var om lag 1000 mrd. NOK, noe som tilsvarer skadene av tobakk.

Bruk av illegale rusmidler bidrar til alvorlige helseplager for den enkelte og for deres nærmeste. Det er anslått at det i Norge i dag er mellom 11 000–15 000 injiserende rusmiddelavhengige. Et stort flertall av disse har betydelige helseplager, og de har en klart forhøyet risiko for en for tidlig død. Lavere priser og økt tilgjengelighet til narkotika fører til flere overdoser og mer skader blant personer med rusmiddelproblemer. Det er derfor viktig at norsk narkotikapolitikk viderefører arbeidet med å begrense innførsel og omsetning av narkotika.

Sosiale helseforskjeller

Det er dokumentert betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge for en lang rekke helse mål. De sosiale ulikhetene i helse er store uansett hvilken variabel som legges til grunn – utdanning, yrke, inntekt eller ulike kombinasjoner av disse. Det er dokumentert sosiale ulikheter i helse for begge kjønn og i alle aldersgrupper. Sosiale ulikheter i helse danner en gradient gjennom alle utdannings-, yrkes- og inntektsgrupper i befolkningen. Det er en klar sammenheng mellom helseproblemer og fattigdom, selv om sosiale ulikheter i helse ikke bare berører de fattigste.

Siden 1970-tallet har den delen av befolkningen som har fra middels til høy inntekt og utdanning fått betydelig økt forventet levealder, mens forven-

tet levealder har endret seg lite for grupper med kort utdanning og lav inntekt.

Det er avdekket flere ulike årsaksmekanismer som ligger bak sammenhengen mellom sosial bakgrunn og helse. Forskjeller i materielle forhold, som fysisk arbeidsmiljø, ser ut til å spille en betydelig rolle. Helseatferdsfaktorer som rus, tobakk, kosthold og fysisk aktivitet bidrar også til å skape og opprettholde sosiale ulikheter i helse. Også ulike psykososiale mekanismer som ensomhet, stress og usikker økonomi eller jobbsituasjon utgjør viktige årsaker.

En rettferdig og velfungerende helsetjeneste kan gjøre mye for å redusere ulikheter i helse, og omvendt: en helsetjeneste som ikke fungerer som den skal, kan bidra til å forsterke ulikheter. Enkelte forskningsresultater tyder på at mens kommunehelsetjenester er rimelig fordelt i ulike sosiale grupper, forbruker grupper med lang utdanning (som statistisk sett er relativt friske) mer spesialisthelsetjenester enn grupper med kort utdanning. Regjeringen vil våren 2007 legge fram en stortingsmelding som presenterer en strategi mot sosial ulikhet i helse.

Mål og strategier i folkehelsepolitikken

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

I Folkehelsemeldingen er det lagt vekt på følgende fire hovedstrategier:

- skape forutsetninger for å gjøre det lettere å velge en sunn livsstil
- bygge allianser for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid
- legge mer vekt på forebygging i helsetjenesten
- basere folkehelsearbeidet på kunnskap og erfaringer

Regjeringen har i sin politiske plattform et uttalt mål om å satse sterkere på sykdomsforebyggende arbeid, fortsette arbeidet mot rusmiddelmissbruk og tobakksbruk, og bidra til at fokuset på fysisk aktivitet og kosthold økes. Regjeringens politikk for forebygging vil også ha bedre miljø, mindre utstøting fra arbeidslivet og redusert kriminalitet som mål.

Et sentralt hovedgrep i folkehelsepolitikken er å styrke folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og bedre forankring politisk og administrativt og i overordnede plansystem i fylker og kommu-

ner. Beslutninger som har innvirkning på folkehelsen tas ofte utenfor helsesektorens primære ansvarsområde. God forankring i fylker og kommuner er en forutsetning for å gjøre folkehelsearbeidet mer systematisk, kontinuerlig og helhetlig. God forankring bidrar også til å sette folkehelse spørsmål på dagsordenen der beslutninger tas. Helsesektoren har en viktig rolle som faglig bidragsyter i samhandlingen med andre sektorer i plan- og beslutningsprosesser.

Gang- og sykkelveier er for eksempel viktig for at flere kan gå eller sykle til jobb, skole og andre gjøremål. Et samfunnstiltak som en ny lov om vern mot tobakkskader er et eksempel på, kan vise seg å være vel så effektivt og kostnadseffektivt for å redusere tobakksbruk som tiltak rettet mot enkeltindividet. Det samme gjelder regulatoriske virkemidler i alkoholpolitikken som bidrar til å påvirke tilgjengelighet og totalforbruket av alkohol. Trygge lokalmiljøer (veier, barnehager, hjem) krever tverrsektorielt samarbeid og vil være ulykkes- og skadeforebyggende. Virkemidler som påvirker pris og tilgjengelighet ser ut til å være mer effektive for å redusere gradienten i helseatferd enn informasjons- og helseopplysningstiltak. Forsøk med gratis frukt og grønt i skolen er et eksempel på dette.

Helsesektoren er selv en samfunnssektor med virksomhet som kan gi skade på liv og helse. Pasienters sikkerhet mot å pådra seg utilsiktede og unødvendige skader på liv og helse som følge av undersøkelse, behandling herunder medisiner, eller oppfølging i helsetjenestene er en av samfunnets viktigste sikkerhetsutfordringer. Feilaktig legemiddelbruk er for eksempel et område hvor skadevirkningene er store og hvor det er nødvendig med systematisert forebygging. Mye tyder på at man i helsetjenestene kan ta i bruk strategier og verktøy som har vist seg virkningsfulle i andre samfunnssektorer, for eksempel samferdsel og industri.

Helsetjenestene, og særlig kommunehelsetjenesten, er hovedarenaen for individ- og grupperettet forebyggende innsats. Hovedgrepene i folkehelsepolitikken legger opp til at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal legge mer vekt på forebyggende arbeid i sin virksomhet.

Helsesektorens rolle i sektorovergripende folkehelsearbeid

Sentrale påvirkningsfaktorer på den enkeltes helse, som for eksempel luftforurensning, støy, miljøgifter, ulykker, stress, ernæring, fysisk aktivitet, rusmiddelbruk, tobakksbruk og sosiale nettverk, kontrolleres ikke av helsetjenesten direkte,

men helsetjenesten tar seg av konsekvensene. Det er derfor nødvendig å legge vekt på sektorovergripende folkehelsearbeid. Innenfor helsesektoren har sentrale og lokale myndigheter et ansvar for å:

- ha oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og de faktorene som påvirker denne
- utvikle kunnskap om årsakssammenhenger og bidra til utvikling av metoder og sektorovergripende verktøy
- bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen

For å ivareta dette ansvaret er det nødvendig å styrke folkehelsearbeidet gjennom å legge vekt på følgende strategiske områder:

- partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner
- tverrsektorielle strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet
- helsekonsekvensvurderinger
- forankring i plansystem og i samfunns- og arealplanleggingen
- kompetanseoppbygging i helsetjenesten

Partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner

Staten gir tilskudd til fylker og kommuner som organiserer folkehelsearbeidet i partnerskap. Forutsetningen er at fylkene eller kommunene bidrar med egne midler og at folkehelsearbeidet er forankret i det kommunale og fylkeskommunale plansystemet. Formålet er å bidra til et mer systematisk og helhetlig lokalt folkehelsearbeid ved å sikre en sterkere administrativ og politisk forankring og styrke samhandlingen mellom myndigheter og bl.a. arbeidsliv, skole og frivillige organisasjoner.

Ordningen ble etablert i 2004. Som regional utviklingsaktør og som regional planmyndighet er fylkeskommunene gjennom partnerskapene tillagt rollen som pådrivere for det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Regionale statsetater, herunder også regionale helseforetak, høgskoler og universiteter, er sammen med frivillige organisasjoner viktige aktører i de regionale partnerskapene.

Fra 2006 er 16 av landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene inkludert i satsingen. Det skal legges vekt på å videreutvikle partnerskapene som arbeidsform for et systematisk folkehelsearbeid forankret i samfunnsplanleggingen og med bred deltakelse i befolkningen.

Sosial- og helsedirektoratet har et ansvar for å bidra i videreutviklingen av partnerskap som arbeidsform. For eksempel er det aktuelt i et samarbeid med berørte myndigheter og aktører å vurdere arbeidslivet som en arena for forebygging og intervensjon. Foruten oppfølging av sykefravær og

arbeid for et mer inkluderende arbeidsliv, er tobakks- og rusforebyggende tiltak samt tiltak som i større grad kan bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø viktige samarbeidsområder. Videre er skolen en sentral arena fordi den favner hele barne- og ungdomsbefolkningen.

Sosial- og helsedirektoratet skal videreføre faglige dialogfora mellom offentlige myndigheter, fagmiljøer, frivillige organisasjoner og private aktører for gjensidig informasjons- og erfaringsutveksling. Det skal legges vekt på å understøtte lokalt engasjement og lokale initiativ.

Tverrsektorielle strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet

Strategier og handlingsplaner er virkemidler for å bevisstgjøre og ansvarliggjøre aktører i flere sektorer. Det er derfor viktig å forankre tiltak i tverrsektorielle strategier og handlingsplaner. Et eksempel på en slik handlingsplan er Sammen for fysisk aktivitet 2004–2009, som er utviklet og følges opp gjennom et samarbeid mellom åtte departementer. Visjonen er bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen. Hovedmålene er å øke andelen barn og unge som er moderat fysisk aktive i minst 60 minutter hver dag, samt øke andelen voksne og eldre som er moderat fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag. Tiltakene i planen initierer samarbeid på alle forvaltningsnivåer, bl.a. ved at fysisk aktivitet skal inngå som en satsning i partnerskap for folkehelse. Andre eksempler er Strategi mot forebygging av ulykker og skader, Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010.

Helsekonsekvensvurderinger

Handlingsplaner identifiserer tiltak som skal virke over en avgrenset tidsperiode, men det er også behov for rutiner og metoder som løpende og systematisk tar hensyn til og synliggjør hvordan tiltak og programmer i de fleste sektorer har konsekvenser for befolkningens helse. Konsekvensene med hensyn til helseeffekter og fordelingsvirkninger er viktige når sentrale, regionale eller lokale myndigheter fatter beslutninger om planer, reguleringer, utbygginger eller andre tiltak.

For nasjonale tiltak skal helsemessige konsekvenser av forslag bli tilstrekkelig belyst gjennom utredninger, forskrifter, reformer og tiltak, samt meldinger og proposisjoner til Stortinget, jf. utredningsinstruksen. Lokale tiltak skal vurderes i henhold til plan- og bygningsloven. Ved endring av forskrift om konsekvensutredning 1. april 2005 er helse et forhold som skal vurderes i planforslag.

Helsekonsekvenser skal også vurderes i forbindelse med andre tiltak i kommuner og fylkeskommuner, for eksempel knyttet opp mot kommuneplanens arealdel og fylkesplanen.

For å styrke arbeidet med helsekonsekvensutredninger er det etablert en kompetanseenhet i Sosial- og helsedirektoratet som arbeider med metodeoppbygging og erfaringsutveksling, kompetanseoppbygging, nettverksarbeid og veiledning ovenfor fylker og kommuner.

Folkehelse forankret i plansystem og i samfunns- og arealplanleggingen

Samfunns- og arealplanlegging er et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet. Lokale beslutninger påvirker oppvekst- og levekår og helseatferd. Plan- og bygningsloven er kommunenes og fylkeskommunenes fremste verktøy i samfunns- og arealplanleggingen. Folkehelse bør være et hovedhensyn i all samfunns- og arealplanlegging. Helse- og omsorgsdepartementet vil i det pågående arbeidet med ny plan- og bygningslov vurdere om hensynet til befolkningens helse bør framgå av formålsparagrafen.

Kommunene skal i henhold til kommunehelsestjenestelovens § 1-4 bl.a. ha oversikt over helsetilstand og forhold som påvirker denne. God oversikt er en forutsetning for å sette folkehelse spørsmål på dagsordenen der beslutninger tas og for å kunne iverksette målrettede og målbare tiltak. En slik oversikt eller helseprofil kan baseres både på nasjonale data, som brytes ned til kommunenivå, og på kartlegginger i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå etablert en egen nettportal for kommunehelseprofiler som et nyttig styringsverktøy for kommunene. Her finnes en rekke nøkkeltall og indikatorer om bl.a. påvirkningsfaktorer for folkehelsen sammen med faktadokumentasjon, fagartikler, eksempler på lokale tiltak og linker til andre relevante nettsteder. Nettstedet vil være under kontinuerlig videreutvikling, og det skal utvikles verktøy som er relevante for kommunal planlegging.

Fylkesmannen skal i sine vurderinger av samfunnsdelen av kommuneplanen, kommunens arealplaner og reguleringsplaner vurdere om planene i tilstrekkelig grad omfatter folkehelse.

Kompetanseoppbygging i helsesektoren

For å utnytte den tverrfaglige planarenaen i folkehelsearbeidet må helsetjenesten og sektoren for øvrig utvikle sin rolle som bidragsyter i planprosesser i fylker og kommuner. I tillegg til god faglig

kunnskap og kompetanse innen helseovervåking og på de ulike folkehelseområdene, er det nødvendig med kompetanse på hvordan denne kunnskapen kan bringes inn i ordinære plan- og beslutningsprosesser. Det er iverksatt et femårig utviklings- og utprøvningsprosjekt i et utvalg av kommuner for hvordan plan- og bygningsloven og plansystemet kan brukes til å forankre og styrke folkehelsearbeidet. I dette utviklingsarbeidet inngår også styrking av plan- og prosesskompetanse hos personell og fagpersoner som arbeider innen helsesektoren, bl.a. gjennom kurstilbud, og hvordan denne type kompetanse kan ivaretas i relevante grunnutdanninger, etter- og videreutdanningstilbud.

En viktig samfunnsmedisinsk oppgave er å bidra til at helsetjenesten deltar med sin kunnskap i folkehelsearbeidet og får en naturlig plass i planprosesser. Det er behov for samfunnsmedisinsk kompetanse på alle forvaltningsnivåer. Det er iverksatt arbeid for å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene og i den statlige helseforvaltningen regionalt og sentralt.

Helseovervåking

Helse- og omsorgsdepartementet har et sektoransvar for helseovervåking. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal ha god oversikt over helsetilstanden i befolkningen og alle de faktorene som påvirker denne. Lokalt er dette kommunenes ansvar iht. kommunehelsestjenestelovens § 1-4. Denne oversikten er av stor betydning for sektorens eget arbeid med bl.a. prioritering, kvalitet og måling av effekt av tiltak i helsetjenestene, framskrivninger av helsetjenestebehov og forebyggingsstrategier. En slik oversikt er også avgjørende for at det ansvar og den betydning andre sektorer har for folkehelsen blir godt dokumentert. Nasjonale systemer for helseovervåking består av helseregistre, helseundersøkelser samt data fra forskningsprosjekter.

Helseregistrene samler opplysninger om sykdom, fødsel, død og forhold som kan ha betydning for sykkelighet og dødelighet. Registrene gir løpende kunnskap om forekomsten av ulike kreftformer, dødsårsaker, medfødte misdannelser og fødselskomplikasjoner, og om hvordan disse fordeles seg når det gjelder kjønn, alder, epidemiologisk, geografi og tidsperiode. De nasjonale registrene omfatter i dag Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister (MFR), Melingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), Tuberkuloseregisteret, System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK) og Reseptbasert legemiddelregister.

Det er foreslått å etablere Norsk pasientregister (NPR) som et personidentifiserbart register. Dette er nå til behandling i Stortinget. Det er foreslått at Skaderegistreringen vil inngå som en del av et personidentifiserbart Norsk pasientregister. Dette vil være til hjelp for kommunene til en enda mer målrettet forebyggende innsats.

Helseundersøkelser er basert på spørreundersøkelser av befolkningen og omfatter forhold som ikke fanges opp av registre, slik som selvopplevd helse, grad av sosial kontakt, kostholdsvaner, fysisk aktivitet etc. Helseundersøkelser er gjennomført i enkelte fylker, bl.a. Hedmark og Oppland (OPPHED), Oslo (HUBRO), Nord Trøndelag (HUNT), Østfold (Østfoldhelse) og Akershus (Helseprofiler for Akershus). Senter for samisk helseforskning gjennomførte i 2003 i samarbeid med Folkehelseinstituttet en helse- og levekårsundersøkelse i områder med samisk befolkning. Videre foretas det en del temabaserte undersøkelser som delvis er landsomfattende slik som den norske Mor og barn-undersøkelsen, og 40 års undersøkelsen.

Det arbeides løpende med å utvikle et helhetlig helseovervåkingssystem. I tillegg til overvåking av helsetilstand er det viktig å ha oversikt over påvirkningsfaktorer som livsstil, levekår og miljøforhold. For eksempel har Sosial- og helsedirektoratet og Mattilsynet et felles system for mat- og kostholdsovervåking. Statens arbeidsmiljøinstitutt arbeider med å bygge opp et system for nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og arbeidshelse (NOA). Miljømedisinsk helseovervåking ved Nasjonalt folkehelseinstitutt omfatter enkelte målinger av miljøfaktorer i omgivelsene (vann og luftkvalitet) samt miljøfaktorer i biologisk materiale fra mennesker.

Forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten er hovedarenaen for forebyggingsinnsatsen i helsetjenesten. Kommunens helsetjenester, herunder forebyggende helsetjenester, skal integreres i kommunens overordnede plansystem slik som kommuneplanen, handlingsprogram og økonomiplanen. Kommunene er tillagt betydelige oppgaver innen miljørettet helsevern og smittevern.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i tillegg til å være et allment lavterskeltilbud til gravide og førskolebarn, omfatte helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole. Tjenesten er et lavterskeltilbud som når alle sosiale

grupper. Helsestasjonstilbudet når fram til nesten alle barn de første leveårene, bl.a. med anbefalte vaksiner. Skolehelsetjenesten har et tilsvarende potensial. Tjenesten er viktig for ungdom som trenger å ha et sted i sitt eget miljø hvor de kan henvende seg med sine problemer uten å måtte bestille time og uten alltid å måtte involvere foreldre.

Helseundersøkelser, vaksiner, opplysningsvirksomhet, rådgivning, veiledning og tiltak for å styrke barn og unges egenmestring og foresattes mestring av foreldrerollen er sentrale oppgaver. Tjenesten har et helhetlig perspektiv på forebygging og skal derfor drive et utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er blant annet helt sentralt i arbeidet med å forebygge psykiske plager og håndtering av sammensatte sosiale problemer. Tjenesten skal i samarbeid med elever, hjem og skole arbeide for å skape en helsefremmende skole gjennom å fremme godt lærings- og arbeidsmiljø. Tilsvarende arbeid er rettet mot førskolebarn. Videre utarbeider Sosial- og helsedirektoratet en veileder i bruk av legemidler mv. i barnehager og skoler.

Brukermedvirkning er en forutsetning for å styrke målgruppenes innsikt, kunnskap og evne til mestring av små og store utfordringer. Sentrale tema er betydningen av egenomsorg, tilknytning til venner og familie, sosialt nettverk, og barns og ungdoms psykososiale og fysiske utvikling. Videre omfatter arbeidet temaene seksualitet, samliv og prevensjon, smittevern, inkludert forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, kosthold, tannhelse, tobakks- og rusfrihet, fysisk aktivitet og ulykkes- og skadeforebygging. For å møte utfordringer knyttet til bl.a. overvekt blant barn og unge, skal faglige retningslinjer for forebygging og behandling ferdigstilles og implementeres som verktøy i tjenesten. Det skal også arbeides med utvikling og implementering av nye retningslinjer for måling av vekt og lengde.

Tjenesten skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot gravide, barn og unge med spesielle behov. Tjenesten skal fange opp tidlige signaler på mistriksel, utviklingsavvik og antisosial atferd, og skal samarbeide om tidlig iverksetting av tiltak for å forebygge at problemer manifesterer seg. Ved behov skal tjenesten henvise til utredning og behandling og samarbeide om tilrettelegging av tilbud fra andre instanser.

Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er helsesøstre, leger, jordmødre, fysioterapeuter samt annet personell. Det er behov for å styrke tjenesten både kapasitets- og kompetansemessig for at tjenesten skal bli en kraftfull aktør i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse. Enkelte undersøkelser tyder på at bruk av helsetjenester

varierer etter sosial tilhørighet. Det var for eksempel høyere andel jenter som brukte psykolog/psykiater i Oslo indre vest enn i Oslo ytre øst. En bedre utbygd skolehelsetjeneste kan bidra til at de som trenger det mest enten får hjelp i kommunehelsetjenesten eller henvises til spesialisthelsetjenesten og dermed bidra til å redusere sosiale ulikheter i helsetjenestebruk.

Forebyggende innsats rettet mot risikogrupper

Det skal legges økt vekt på forebyggende tiltak overfor risikogrupper. Individuelt tilpasset veiledning er nødvendig for å påvirke enkelte gruppers helseatferd i retning av en sunnere livsstil. Dette er også viktig for å utjevne sosiale helseforskjeller. Livsstil som for eksempel regelmessig fysisk aktivitet er blant annet viktig som ledd i forbygging og behandling av psykiske problemer. Videre utvikling av lavterskelstrategier og lavterskeltilbud skal bl.a. skje som del av den nasjonale strategien mot sosiale ulikheter i helse. For øvrig viser vi til egne strategier som bl.a. kreftstrategien og diabetesstrategien.

Fastlegene har i dag et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging samt koordinere oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. For å stimulere fastlegen til å prioritere livsstilsveiledning og livsstilstiltak er det innført egne takster i normaltariffen for leger. Takst for grønn resept og røykeavvenningstaksten er eksempler på dette.

Fastlegene kan også ha en mer aktiv rolle i forebygging av rusmiddelproblemer. Studier viser at intervensjoner av helsepersonell ved begynnende problematisk rusmiddelbruk har god effekt. Mange leger og annet helsepersonell forsømmer dessverre oppgaven med tidlig å identifisere og kartlegge problematisk rusmiddelbruk. Rusmiddelbruk blir for sjelden vurdert som en medvirkende årsak til helseplager. Sosial- og helsedirektoratet har nylig gitt ut en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan (IS-1362). Det vises til omtale av opptrappingsplanen for rusfeltet i kap.6.6.

Kommunehelsetjenesten er en viktig møteplass for individuell veiledning om helseskadene ved tobakksbruk. Tobakksrøyking er den overveiende årsaken til sykdommen KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Det viktigste forebyggende tiltaket er derfor å hjelpe den enkelte til å slutte å røyke. For pasienter som har fått diagnosen KOLS, vil røykeslutt bidra til å forsinke forverring av sykdommen. I normaltariffen for leger er det en takst

for røykeavvenning. Det er også en takst for tannleger der tiltak for røykeavvenning inngår som del av behandlingen mot periodontitt (tannløsningssykdom). Medikamentell behandling for røykeavvenning øker slutteraten signifikant, men effekten av medikamentell behandling er i stor grad avhengig av at behandlingen kombineres med veiledning. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet Retningslinjer for kommunehelsetjenestens arbeid med røykeavvenning.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan være en viktig samarbeidspartner og ha en rolle i kommunehelsetjenesten. Særlig gjelder dette i arbeid for å forebygge tannråte, fremme gode kostvaner og forebygge dårlig ernæringsstatus særlig blant barn og eldre.

Ordningen med grønn resept

Ordningen med grønn resept er et forsøk på å vri fokus fra medikamenter til egeninnsats og hjelp til omlegging av helseatferd i tilfeller der dette er medisinskfaglig forsvarlig. I tillegg til taksten for legen, omfatter ordningen faglig veiledningsmaterieell til bruk ved konsultasjonen og til oppfølging av pasienten i form av et individuelt tilpasset opplegg for kosthold og/eller fysisk aktivitet. Det faglige verktøyet og forskrivning av grønn resept, kan benyttes overfor alle pasienter som vurderes å ha nytte av livsstilsveiledning og endring av helseatferd.

Første del av evalueringen i 2005, som omhandlet legenes oppfatninger og erfaringer med bruken av ordningen, avdekket en del svakheter. Det er derfor iverksatt arbeid med å videreutvikle det faglige verktøyet for legen og utvikle kompetansehevingstiltak. Det er avgjørende at legene selv involveres og deltar aktivt i dette utviklingsarbeidet.

Resultatene av evalueringens del II vil foreligge i løpet av 2007 og vil gi grunnlag for en samlet vurdering av, for det første om det er aktuelt å utvide stimuleringsstaksten til flere diagnoser og for det andre hvordan oppfølgingen bør være for å bli best mulig for pasientene. Som ledd i kvalitetsvurderingen av oppfølgingen, er det naturlig å ta stilling til hvordan faggrupper som for eksempel fysioterapeuter og ernæringsfysiologer kan bidra i oppfølgingstilbudene.

Regjeringen vil vurdere ulike sider ved lokalbaserte lavterskeltilbud som ledd i arbeidet med evalueringen og videreutviklingen av ordningen med grønn resept. Helsetjenesten, nærmiljøet og arbeidsplasser er aktuelle arenaer for forebygging og intervensjon. I tillegg til helsetjenesten, frivillige organisasjoner og private aktører, vil det være naturlig å vurdere Arbeids- og velferdsetaten

(NAV) og berørte parter som medvirkende aktører. Visse kriterier for slike lavterskeltilbud kan imidlertid allerede slås fast; tilbudene må være et ledd i en prioritert satsing forankret i det kommunale plansystemet, og de må bygge på etablerte strukturer for kommunens eller andre aktørers virksomheter og tjenester.

Forebygging i pleie- og omsorgstjenestene

Mottakere av kommunenes pleie- og omsorgstjenester er i hovedsak eldre mennesker, men omfatter også barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse, enten det er funksjonshemninger, utviklingshemming, psykiske problemer eller personer med rusmiddelproblemer. Det vises til St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening.

Eksempelvis kan ernæring nevnes som et område der det er store utfordringer og forebyggingspotensial. Selv om faktagrunnlaget for ernærings situasjonen blant brukere av pleie- og omsorgstjenesten er mangelfull, vet vi at mange har til dels store ernæringsproblemer som omfatter underernæring, feilernæring og/eller overvekt/fedme. Det er behov for å utvikle systemer som fanger opp personer som står i fare for å utvikle feil- og underernæring. Departementet ønsker derfor å sette fokus på mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet både på sykehjem og hjemmetjenesten.

Forekomsten av osteoporose og osteoporotiske brudd er høyere i Norge og Skandinavia enn i de fleste andre land. Forebyggende tiltak krever langsiktig, systematisk og tverrsektoriell innsats. Sammen med et variert og sunt kosthold er daglig fysisk aktivitet med på å styrke skjellettet, redusere risiko og utsette tidspunktet for benskjørhet. Ulike forebyggende tiltak og fallbeskyttende tiltak rettet mot sykehjemsbeboere og hjemmeboende eldre skal ivaretas i pleie- og omsorgstjenesten og i hjemmebaserte tjenester. Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet, er et nyttig redskap i dette arbeidet.

Kompetansebehov og faglig utvikling

Det skal arbeides for å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene.

Tilgang av samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene. Blant samfunnsmedisinsens oppgaver er også å medvirke

til helhetlige tjenester med god samhandling mellom ulike deltjenester og nivåer i helsetjenesten, samt å gjøre helsetjenesten bedre i stand til å bidra i samhandlingen med andre sektorer. Som ledd i arbeidet med å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene og i den statlige helseforvaltningen regionalt og sentralt, arbeider Helse- og omsorgsdepartementet med å fastsette nye regler om gjennomføringen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin.

Helse- og omsorgsdepartementet skal foreta en gjennomgang av miljørettet helsevern. Dette skal sees i sammenheng med styrking av samfunnsmedisin i kommunen, og gjennomgang av kommunelege 1 sine oppgaver.

Hovedutfordringen i arbeidet med å styrke ernæringskompetansen i kommunene er å finne gode organisatoriske løsninger og etablere systemer for kvalitetssikring av tjenestene. I dagens kommunehelsetjeneste finnes det ingen spesialkompetanse innen klinisk ernæring som kan ivareta kostveiledning og –oppfølging av pasienter/brukere i de ulike tjenestene, og som kan ha en rådgivningsfunksjon overfor tjenestene. Det som er av tjenestetilbud på dette området finnes i dag i spesialisthelsetjenesten. Det skal derfor ses nærmere på hvordan ernæringsarbeidet og kompetansen kan styrkes. Det skal legges vekt på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blant annet innen underernæring og overvekts- og diabetesproblematikken.

Forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har viktige oppgaver i sekundær- og tertiærforebygging, og i pasientopplæring. Rammebetingelsene for det forebyggende arbeidet er gitt gjennom lov om spesialisthelsetjenester hvor det framgår av formålsparagrafen at tjenestene blant annet skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, samt i vedtektene til de regionale helseforetakene. Videre har spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 fastslår at opplæring av pasienter og pårørende er blant sykehusenes oppgaver. Opplæring og innsikt i egen sykdom er en viktig forutsetning for å mestre livet ved kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse.

De regionale helseforetakene er pålagt å iverksette tiltak for opplæring av pasienter og pårørende i alle helseforetak. Det er nå mer enn 35 lærings- og mestringssentre, og flere er under planlegging. Lærings- og mestringssenteret ved Aker universitetssykehus HF er godkjent som nasjonalt kompe-

tansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. For å understøtte dette arbeidet pålegges de regionale helseforetakene å sikre at det finnes tilfredsstillende sekundærforebyggende tiltak for de store sykdomsgruppene, som for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes og astma og allergier. Takst for opplæring av pasienter er utvidet ved at den fra 1. januar 2004 er gjort diagnoseavhengig.

Som oppfølging av Folkehelsemeldingen er det gjennomført en kartlegging av forebyggingsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen omfatter generelle befolkningsrettede helsefremmende og forebyggende aktiviteter og individrettet forebygging, herunder både primærforebygging og sekundærforebygging. Kartleggingen viser at individrettet sekundærforebygging er den dominerende forebyggingsinnsatsen i helseforetakene. Kartleggingen viser videre at den ledelsesmessige og organisatoriske forankringen av det forebyggende arbeidet varierer mellom helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene med sikte på bedre forankring.

Folkehelsemeldingen foreslår at utvikling av kvalitetsindikatorer på forebygging i spesialisthelsetjenesten vurderes. Det foreslås også at det gjøres en vurdering av om det er behov for endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen for å klargjøre helseforetakenes ansvar på forebyggingsfeltet, og om det er behov for en veileder til spesialisthelsetjenesteloven når det gjelder ivaretagning av folkehelsearbeid og veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Tiltakene vil bli fulgt opp innenfor rammene av Nasjonal helseplan.

Slik som i kommunehelsetjenesten er det viktig å øke trykgheten og kompetansen rundt samtaler om livsstilsendringer. Det skal utarbeides retningslinjer og kommunikasjonsverktøy for ulike grupper helsepersonell til bruk på sykehus og andre helseinstitusjoner. For å stimulere til økt arbeid med forebyggings tiltak som for eksempel røykeavvenning vises det til Strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010.

Klinisk ernæring

Ernæring og kosthold er en naturlig del i behandling og i pleie og omsorg av syke innen somatisk og psykisk helsetjeneste. For en rekke diagnoser er ernæring en komponent eller den eneste delen i behandlingen. For diagnoser som diabetes, matvareallergi og matvareintoleranse, cøliaki, hjerte- og karsykdommer og spiseforstyrrelser, er tilfredsstillende ernæringsoppfølging viktig.

Ernæringen spiller en sentral rolle som støtte til annen behandling under sykdom, som for eksempel å forebygge og behandle underernæring. Underernæring hos pasienten i sykehus og i pleie- og omsorgsinstitusjoner er en særskilt utfordring. Eldre pasienter er en spesielt utsatt gruppe etter utskrivelse fra sykehus. En rekke psykiske lidelser fører med seg matinntak som ikke svarer til kroppens behov, og mange av dem som rammes er unge mennesker. Manglende tilbud om ernæringsbehandling og individuell tilpasning kan påvirke behandlingens effektivitet og i verste fall føre til alvorlige komplikasjoner. I videreutvikling av sykehusenes ambulerende team, og gjennom spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, bør blant annet ernæringsområdet følges opp.

Fagkunnskapen om ernæring i spesialisthelsetjenesten ligger som oftest hos kliniske ernæringsfysiologer. Det er på landsbasis 115 stillinger for kliniske ernæringsfysiologer i spesialisthelsetjenesten. For at helsetjenesten skal være rustet til å møte utfordringene som økning i forekomst av diabetes og overvekt i alle aldersgrupper utgjør og imøtekomme et økende behov innen tjenesten klinisk ernæring, må helsetjenesten ha nok og godt kvalifisert personell med spesialkompetanse innen klinisk ernæring, i tillegg til at andre relevante helsepersonellgrupper må ha grunnleggende kunnskaper innen området.

Smittevern – en viktig samhandlingsarena for kommune og stat

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er tillagt stort ansvar og betydelige oppgaver på smittevernområdet, oppgaver som ofte ikke kan løses tilfredsstillende uten god samhandling og godt samarbeid mellom nivåene.

Kommunene er tillagt hovedansvaret for den operative smittevernberedskapen. I en tid hvor faren for en influensapandemi er større enn på lenge og hvor alvorlige utbrudd av legionella og sykdommer med meticillin resistente gule stafylokokker skjer, vil forebyggende arbeid og beredskapsarbeid innen smittevern i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ha høy prioritet. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa versjon 3.0 ble fastsatt 16. februar 2006. Planen, som er et dynamisk dokument, følges løpende opp for å styrke beredskapen både på statlig og kommunalt nivå. Det pågår et arbeid med å utrede muligheten for et nordisk samarbeid om produksjon av influensavaksine.

Kommunehelsetjenesten står i dag for 90 pst. av all antibiotikaforskrivning, og det er en utfor-

dring for tjenesten å redusere dette. Forebygging av antibiotikaresistens og infeksjoner i sykehus og sykehjem vil stå sentralt i smittevernarbeidet i perioden 2007–2010. Målet er å bevare antibiotika som gode og virksomme legemidler, samt å redusere antall infeksjoner i sykehus og sykehjem. Effekten av forebyggingstiltak på dette området vil i stor grad være avhengig av god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Godt smittevern og god smittevernberedskap forutsetter kompetent og tilstrekkelig laboratoriediagnostikk. Å styrke laboratoriekapasiteten for referansefunksjoner for viktige agens står sentralt.

Mattrygghet

Arbeidet med mattrygghet har som mål å redusere risikoen for sykdommer som kan bli overført med smittestoffer og uønskede fremmedstoffer i mat og drikkevann, samt å sikre redelig omsetning og ivareta forbrukerhensyn. Mattilsynets virksomhet krever samhandling mellom helse-, landbruks- og fiskerimyndighetene.

Det er fortsatt viktig med stor innsats for å sikre god hygiene i matproduksjonskjeden, slik at forekomsten av sykdommer som kan bli overført med mat og vann blir redusert.

Maten skal være trygg når den når forbrukerne, uavhengig av om den er framstilt innenlands eller importert. Tilsynet skal legges opp slik at en sikrer at sluttproduktene er trygge gjennom kontrollinnsats i hver del av matproduksjonskjeden. Tilsyn med sluttproduktene er fremdeles nødvendig for å sikre og dokumentere at de samlede tiltakene i hver del av matproduksjonskjeden har den ønskede virkning.

Endrede handelsmønstre og de kompliserte varestrømmene i moderne omsetning av mat gjør det nødvendig at virksomhetene har gode systemer for sporing dersom helseskadelige matvarer likevel kommer ut på markedet, slik at de kan trekke disse tilbake. Endring av mattilbudet, blant annet på grunn av bruk av nye ingredienser, økt beriking og økt forbruk av kosttilskudd gjør det nødvendig å utvide mulighetene til å gjennomføre risikovurdering av kostholdet, og stiller nye krav til dokumentasjonen om kostholdet og matvarenes sammensetning. Helhetsvurderinger av helsefremmende og skadelige sider ved matvarene blir mer aktuelt. God merking av matvarer er viktig for at forbrukerne skal kunne ta bevisste valg, også når det gjelder å velge sunn og helsebringende mat.

6.3.2 Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Den nordiske velferdsmodellen kjennetegnes av en godt utbygd lokal helse- og sosialtjeneste. Kommunale tjenester er fundamentet i det samlede tjenestetilbudet til befolkningen. Det er derfor av stor betydning at disse tjenestenes kapasitet og innhold er i stand til å møte framtidens utrednings-, behandlings-, omsorgs- og rehabiliteringsutfordringer. Dette gjelder både i forhold til en økende andel innbyggere med innvandrerbakgrunn, sterkt voksende eldre befolkning og i forhold til at den sterkeste veksten i dag innenfor pleie- og omsorgssektoren skjer i gruppen yngre brukere hvor mange har sammensatte lidelser.

De kommunale helse- og sosialtjenestene har samlet om lag 200 000 årsverk med pleie- og omsorgstjenester som den største gruppen med nærmere 110 000 årsverk. Til sammenlikning er samlet antall årsverk innenfor spesialisthelsetjenesten om lag 93 000.

Den kommunale helsetjenesten omfatter allmennlegetjeneste, legevakt, fysioterapitjeneste, sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, jordmortjeneste, sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, medisinsk nødmeldetjeneste og transport av behandlingspersonell. Helsetjenestens deltagelse i folkehelsearbeid er omtalt i kap. 6.3.1.

Sosiale tjenester omfatter blant annet hjemmehjelp, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, omsorgslønn, oppsøkende tiltak og omsorgs- og aktiviseringstiltak. De fleste kommunene har organisert en rekke sosiale tjenester inn i en pleie- og omsorgstjeneste, men de kan også være organisert i tilknytning til sosialkontor eller i tjenester for rus- og psykisk helsearbeid. For at den nye arbeids- og velferdsetaten (NAV) skal lykkes, er det avgjørende at samarbeidet med helse- og sosialtjenesten utvikles godt.

Som beskrevet i kap. 6.3.1 er det mange ulike tjenester og sektorer i kommunene som bidrar til å fremme folkehelse og sikre gode levekår for innbyggerne. Folkehelsen er avhengig av innsats i mange samfunnssektorer. Den kommunale helsetjenesten har imidlertid ansvar for forebyggingsinnsatsen i helsetjenesten gjennom blant annet helsetasjons- og skolehelsetjenesten, og den har ansvar for helseovervåking og en viktig rolle i samhandlingen med andre sektorer blant annet gjennom miljørettet helsevern og smittevern. Utfordringene for helse- og sosialtjenesten i kommunene må ses i sammenheng med andre

kommunale tjenester som kultur- og fritidssektoren, skole og barnehagesektoren og andre.

En del innbyggere har behov for omfattende tjenester og bistand fra mange aktører. Tjenester for å bedre enkeltpersoners helsesituasjon, fungering og mestring av hverdagen er forankret i forskjellige lover. Departementet følger opp det regelmessige rammeverk i denne sammenheng i arbeidet med oppfølgingen av NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene (Bernt-utvalget). Det tas sikte på å sende ut et høringsnotat med utkast til ny felles lov om sosial- og helsetjenesten i kommunene i 2007.

For at den samiske befolkningen skal være sikret en likeverdig tilgang til helse- og sosialtjenester, må nødvendig kompetanse innen språk og kultur og flerkulturell forståelse finnes i kommunene. Dette gjelder særlig hos personell som har en behandlings-, pleie- og/eller omsorgsfunksjon.

Mestringsperspektiv og brukermedvirkning

Det er en overordnet målsetting for kommunenes helse- og sosialtjenester å bidra til å styrke enkeltmenneskers evne til å mestre tilværelsen og eget liv for de som har behov for slik hjelp. Til grunn for perspektivet ligger et syn på mennesket som den fremste ekspert på sitt eget liv og som selv vet best hva som er bra, nyttig og viktig for ham eller henne.

Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; på individnivå som for eksempel rett til å medvirke i utformingen av tjenestetilbudet, påvirkning på systemnivå og gjennom medvirkning i politikkkutforming gjennom brukerorganisasjoner. Systematisk innhenting av brukererfaring og læring av resultatene av tilsynsuttøvelse og av klagesaker er viktige verktøy i utvikling av tjenestetilbudene i kommunene. Kommunene står overfor en rekke utfordringer for å sikre at mestrings- og brukerperspektivet preger arbeidet til ansatte og til helsepersonell de har avtale/kontrakt med.

Samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten

Grensen mellom ansvar og oppgaver til kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er i stadig endring. Det er en ønsket utvikling at både utredning, behandling, rehabilitering og omsorg skal kunne ytes så nær pasientens hjem som mulig. Tidligere definerte «gråsoner» i tjenesteapparatet må i framtiden i større grad være områder for fellesløsninger mellom kommuner og helseforetak. Det vises til kap. 6.3.4 Helhet og samhandling.

Tjenester fra de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten må sammen utgjøre et behandlingsnettverk rundt enkeltbrukeren. Dette forutsetter at kommuner og helseforetak har et likeverdig forhold i samarbeidet og kjenner godt til hverandres tjenester og strukturer.

Lokaldemokrati og brukerorientering

Desentralisering av oppgaver og delegering av avgjørelsesmyndighet til kommunene legger forholdene til rette for lokalt selvstyre og for en større grad av brukerorientering i tjenestene. Kommunene, med sin nærhet til tjenestene og brukerne, forutsettes å være bedre i stand til å prioritere ressursene i samsvar med lokale behov og forutsetninger enn det regionen eller staten er.

Omsorgsarbeid utført av familie og frivillige er i omfang fortsatt nesten like omfattende som den offentlige omsorgen, og familieomsorgen og den offentlige omsorgen utfyller og forsterker hverandre. Det ligger et stort potensial i å utvikle bedre rammevilkår og legge forholdene bedre til rette for de som utfører frivillig omsorgsarbeid.

Omsorgstjenester

Omsorgstjenestene består i hovedsak av sykehjem, aldershjem, omsorgsboliger, hjemmesykepleie, ulike former for hjemmetjenester som ofte arbeider nært med den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten og dagtilbud og aktivitetstiltak. Omsorgstjenesten utførte i 2005 nærmere 110 000 årsverk for mer enn 200 000 tjenestemottakere. Av disse bodde vel 40 000 i institusjon. Økonomisk utgjør pleie- og omsorgstjenestene nesten 4/5 av kommunens samlede utgifter til helse- og sosialtjenester.

Uvikling av tjenestene de seneste årene er preget av desentralisering, institusjonalisering og differensiering av tilbudet. Kommunene utvikler stadig flere fleksible tilbud basert på brukerens behov for bistand og hjelp. Dette krever smidigere løsninger i organiseringen av tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene har møtt disse utfordringene med en sterk opprustning av hjemmesykepleie og hjemmetjenester, et differensiert tilbud i sykehjem som blir gjort tilgjengelig for hjemmeboende brukere og en sterk utbygging av omsorgsboliger.

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement fra familie og lokal-

samfunn, organisasjoner og virksomheter. Så langt vi kan se i dag vil utfordringene først og fremst være knyttet til nye brukergrupper, aldring, behov for flere omsorgsytere, for bedre medisinsk oppfølging og for aktiviteter og sosial kontakt.

Strategier og videre oppfølging

Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett stabile perioden vi har foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet og til å forbedre den raske veksten i omsorgsbehovet som forventes om 15 år. Allerede nå er det mulig å begynne en gradvis utbygging og foreta investeringer til forebyggende tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemidler og generell tilrettelegging. Strategiene oppsummerer regjeringens tiltak de nærmeste ti årene for å møte både dagens og framtidens omsorgsutfordringer. Strategiene presenteres i sin helhet i St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening*.

De følgende tiltak utgjør sentrale elementer i regjeringens omsorgsplan. Disse vil bli kjennetegnet på framtidens omsorgstjenestetilbud og gi planleggingen retning og innhold.

Investeringstilskudd til sykehjem og botilbud

Regjeringen varsler et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet vil legge til rette for langsiktig planlegging og investering i den kommunale omsorgstjenesten. Tilskuddet vil styrke kommunes tilbud om bl.a. korttidsplasser i sykehjem og botilbud for eldre og funksjonshemmede med behov for omfattende omsorgstjenester både i sykehjem og omsorgsbolig, herunder også personer med psykiske lidelser, utviklingshemming og rusmiddelproblemer. Tilskuddet skal også gis til tilpasning av egen bolig og atkomst til boligen (eksempelvis heis). Regjeringen vil komme tilbake til spørsmål om investeringstilskuddet i forbindelse med statsbudsjettet for 2008.

Kapasitetsvekst og 10 000 årsverk

Gjennom økte rammer til kommunesektoren har regjeringen lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten med 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten innen utgangen av 2009, sammenliknet med nivået i 2004. Kommunene forutsettes først og fremst å benytte denne veksten til å utvide tjenestetilbudet i sykehjem og hjemmetje-

nester ut fra lokale behov og prioriteringer. Regjeringen vil utover dette spesielt peke på mulighetene de nye personellårsverkene gir for å bidra til:

- mer omsorg i omsorgsboligene
- styrke legedekning og den medisinske kompetanse i omsorgstjenesten
- sterkere vekt på kultur, aktivitet og sosiale tiltak
- utbygging av dagtilbud og eldresentra
- styrke demensomsorgen – forebyggende tiltak og koordinering av frivillige

Kompetanse- og rekrutteringsplan

Kompetanseløftet 2015 har til formål å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale helse- og sosialtjenesten. I handlingsprogrammet for den første fireårsperioden vil det bli lagt vekt på tiltak som vil gi:

- flere helsefagarbeidere
- økt andel ansatte med helse- og sosialutdanning
- styrket ledelse og bedre arbeidsmiljø
- redusert ufrivillig deltid
- økt videreutdanning

I tillegg gjennomføres rekrutteringskampanje med sikte på bredere rekruttering både i forhold til alder, kjønn og kulturell og yrkesmessig bakgrunn.

Opptappingsprogram for forskning og utvikling

For å styrke den praksisnære omsorgsforskningen vil regjeringen etablere egne regionale forsknings- og utviklingssentre (FoU-sentre). Det er hensiktsmessig å etablere sentrene i sentrale høyskolemiljøer som har helse- og sosialfagutdanning, slik at forskningsaktiviteten også bidrar til å styrke fagutvikling og metodeutvikling i helse- og sosialutdanningene og sikre nærhet til tjenesteutøverne i kommunene. Lokalisering av senterne vil blant annet ta hensyn til behovet i helseregionene i forhold til allerede etablerte fagmiljø og infrastruktur, og at høyskolene samarbeider med undervisnings- sykehjemmene i hver helseregion. Organisering og finansiering av FoU-sentrene vil bli drøftet med Norges forskningsråd og andre berørte aktører. Det er viktig å ivareta geografisk spredning, kvalitet og gode samarbeidsrutiner og samarbeid med lokale aktører og det nasjonale nettverket. Norsk Pensjonistforbund har gjennom Einar Strands forskningsfond bidratt med finansiering. I tillegg er regjeringen og KS enige om å styrke kommunal deltakelse i praksisnær forskning og utviklingsarbeid i tjenesten gjennom den nye avtalen for helse- og omsorgstjenesten.

Ny avtale om kvalitetsutvikling

Regjeringen og KS er blitt enige om en ny avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale sosial- og helsetjenestene. Partene er enige om de hovedstrategier som er nødvendige for å møte framtidens omsorgsutfordringer, og legger vekt på tverrfaglig kompetanseheving, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet, en mer aktiv rehabiliterings- og omsorgsprofil og tilpasset tjeneste ut fra enkeltbrukerens behov.

Etikkprosjekt

Ansatte i den kommunale helse- og sosialtjenesten står daglig overfor vanskelige etiske dilemma og problemstillinger som krever etisk bevissthet og god dømmekraft. Som en del av kvalitetsavtalen har regjeringen invitert KS og yrkesorganisasjonene til et samarbeid om å utvikle et opplegg for å sikre alle ansatte grunnopplæring i fagetikk og utvikle modeller for å forankre etikkarbeidet organisatorisk i kommunal sammenheng.

Plan for demensutfordringen

Aldersdemens er den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og krever mest ressurser av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Om lag 66 000 personer har denne alvorlige lidelsen i dag. For nesten halvparten av dagens sykehjemspasienter er denne diagnosen hovedårsak til innleggelsen, og tre fjerdedeler av de som bor i sykehjem har en demenslidelse. I årene som kommer vil det være en økning på om lag 10 000 nye tilfeller årlig.

Regjeringen vil gi forskning og fagutvikling innen forebygging og behandling av demenssykdommer høy prioritet. Departementet er i gang med å utarbeide en plan for å styrke hele tiltakskjeden i det videre arbeidet med demens. Planarbeidet rettes mot forskning, utviklingstiltak, kompetanseheving og rekruttering, boformer og samarbeid med pårørende. Planarbeidet skal også tydeliggjøre hva slags tilbud det forventes at spesialisthelsetjenesten kan gi til denne pasientgruppen. Planen skal utformes med sikte på iverksettning fra 2008.

Utvidet pasientombudsordning

Pasientenes/tjenestemottakerens saker er ofte sammensatte og krever en ombudsordning som dekker begge forvaltningsnivå og samhandlingen mellom dem. Regjeringen vil derfor foreslå lovend-

ringer slik at også brukere av kommunale helse- og sosialtjenester skal få ombud.

Tiltak for pårørende

Regjeringen har satt i gang et arbeid for å se nærmere på dagens helse- og sosiallovgivning og permisjonsreglene i arbeidslivet for å legge forholdene bedre til rette og sikre rettighetene til familie, pårørende og frivillige som påtar seg omfattende omsorgsansvar. Det vil også bli utarbeidet en håndbok (veileder) for tjenestemottaker og familie/pårørende som beskriver rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen og gi praktiske anvisninger på hvordan en kan forholde seg til helse- og sosialtjenestens forvaltning f.eks. ved søknader, vedtak og klagebehandling.

Utbygging av frivillighetsentraler, eldresentre og forebyggende tiltak

Frivillighetsentraler, eldresentre, dagtilbud og andre tiltak som fungerer forebyggende og utløser og koordinerer frivillig innsats, kan styrkes med personell innenfor rammen av de 10 000 nye årsverkene til omsorgstjenesten.

Legetjenesten i kommunene

Legetjenesten i kommunene omfatter både allmennlegetjeneste, legevakt og samfunnsmedisinsk arbeid. Allmennlegen representerer ofte innbyggerens første møte med helsetjenesten. Allmennlegetjenesten omfatter fastlegeordningen, allmennmedisinsk offentlig legearbeid (helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem, fengsler og asylmottak med mer) og 24 timers kommunal legevakt. Et særskilt trekk ved den norske allmennlegetjenesten er at de ulike typer legeoppgaver i de fleste kommuner blir ivaretatt i fellesskap av legene innen den enkelte kommune.

Det samlede antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten økte fra 3809 i 2000 til 4219 i 2005 (SSB). Andelen legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede økte med seks pst. fra 2004 til 2005 (fra 260 til 275 årsverk). Antall leger med fastlegeavtale har økt fra 3486 i januar 2001 til 3807 per 30. juni 2006. SSB-tall for legeårsverk i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere viser en økning fra 7,5 i 1994 til 9,1 i 2001. Siden 2001 har omfanget av legeårsverk i kommunene vært på samme nivå. Fortsatt er drøye 100 fastlegehjemler uten fast lege. Mangelen på fast lege er størst i Nordland og Finnmark (spesielt indre Finnmark). Departementet har gjennom statsbudsjettet fra 1998 gitt årlige tilskudd til en rekke stimulerings tiltak for

å bedre rekruttering og stabilitet i legedekningen i små- og utkantkommuner. Antall fastlegehjemler uten fast lege har de siste par år blitt færre i Sogn og Fjordane. Fylkesmannens initiativ i samarbeid med KS lokalt og kommunene ser ut til å ha bedret situasjonen. Organisering av legevakt på natt og i helger/helligdager og deltagelse i fagutvikling lokalt ser ut til å ha stor betydning for rekruttering og stabilitet, spesielt av nyutdannede leger.

Fastlegeordningen

Allmennlegetilbudet til befolkningen er fra 1. juni 2001 organisert som en fastlegeordning. Formålet med fastlegeordningen er at alle innbyggere som ønsker det skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Kommunene er forpliktet til å tilby innbyggerne mulighet til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. De fleste fastleger er privatpraktiserende og har en individuell fastlegeavtale med kommunen. Fastlegen har etter fastlegeforskriften § 7 ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innenfor de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale. Listesystemet med en innbyggerliste for hver fastlege og ordningen med kontrakter mellom kommunene og fastlegene som privatpraktiserende leger er to av kjerneelementene i fastlegeordningen.

Evalueringsrapporten

Fastlegereformen har først og fremst vært en reform av strukturell karakter som innebar en omorganisering av allmennlegetjenesten. Norges forskningsråd (NFR) har hatt ansvar for å koordinere en femårig, forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen fra 2001–2005. Sluttrapporten konkluderer med at fastlegereformen i hovedsak har vært vellykket. Det gjenstår likevel noen utfordringer for allmennlegetjenesten. Sluttrapporten vektlegger følgende utfordringer:

Tilgjengelighet til fastlegene

Tilgjengeligheten til fastlegekontoret oppleves i mange tilfeller som for dårlig. Dette gjelder både telefonilgjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet på legevakt. Innbyggernes muligheter til fritt å velge allmennlege er sterkere regulert med fastlegeordningen. Tilgjengeligheten til eget fastlegekontor blir dermed i stor grad bestemmende for tilgjengeligheten til helsetjenester. Pasientene ønsker å slippe til med påtrengende problemer når de selv opplever at det haster. Fastlegene må derfor kunne ta imot henvendelser på kort varsel.

Etter departementets vurdering handler dette i stor grad om fastlegenes organisering av egen praksis. Kommunene som kontraktspart med fastlegene forutsettes å ivareta innbyggernes behov og å sørge for at deres rettigheter blir innfridd. Likeledes er det viktig at kommunene løpende overvåker innbyggernes muligheter til å kunne bytte lege, og at de til enhver tid har opprettet et tilstrekkelig antall fastlegehjemler. Dermed vil innbyggernes rett til å kunne bytte være reell i alle kommuner.

Evalueringsrapporten peker også bl.a. på at størrelsen på egenandeler for allmennlegehjelp, kan ha betydning for tilgjengelighet fastlege.

Rekruttering til fastlegevirksomhet

Det kan være et økonomisk løft for en nyutdannet lege å etablere seg som privatpraktiserende fastlege. Om lag 35 pst. av nyetablerte fastleger i perioden 2001 til 2004 er kvinner. Samtidig er andelen kvinnelige medisinstudenter godt over 50 pst. Det er ønskelig med flere kvinner som fastleger. Departementet vil i samarbeid med KS og Legeforeningen se nærmere på hvilke konsekvenser eventuelle endringer i priser på legepraksiser kan få for rekrutteringen til allmennlegevirksomhet og for kvinnelige fastleger spesielt.

Fastlegenes samarbeid med andre

Evalueringen av fastlegeordningen antyder et potensial for bedre samhandling både med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt pasienter med omfattende og sammensatte behov for tjenester over lang tid.

Kommunene som forvaltningsorgan og som kontraktspart med de privatpraktiserende fastlegene har et særskilt ansvar for at fastlegene ivaretar sin rolle og sine oppgaver i samhandlingen om ulike pasientgrupper. Dette gjelder spesielt i forhold til pasienter/brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det gjelder også i forhold til andre leger og andre yrkesgrupper både med og uten henvisningsrett. Kommunene kan her bruke både lokalt samarbeidsutvalg og den individuelle fastlegeavtalen som utgangspunkt.

Kommunelege Is rolle

Kommunelegen er medisinskfaglig rådgiver for kommunen, og dermed en sentral premissleverandør for lokale helsepolitiske beslutninger, helsemessig beredskap og ivaretagelse av smittevernoppgaver som utarbeiding av smittevernplan og

miljørettet helsevern for øvrig. Kommunelege I har en sentral oppgave i å planlegge legetjenesten i kommunen gjennom deltakelse i lokalt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (LSU). Det vises til kap. 6.3.1 Folkehelsearbeid.

Evalueringsrapporten av fastlegereformen påpeker at samfunnsmedisinen har i mange år strevd med rekrutteringssvikt og ustabilitet. I perioden 1994–1999 sluttet 50 pst. av samfunnsmedisinere i stillingene sine. Det samme skjedde i perioden 1999–2002. Antall timer brukt på samfunnsmedisinsk arbeid har også gått nedover i mange år uavhengig av innføring av fastlegereformen. Det kan ikke stilles vilkår om deltakelse i samfunnsmedisinsk arbeid for inngåelse av fastlegeavtale. Mange allmennleger, og særlig nyutdannede leger, har ikke samfunnsmedisinsk kompetanse. Samfunnsmedisinsk arbeid er mest tjent med at slikt arbeid gjøres gjennom frivillig avtale. Kommunelege I skal bidra med samfunnsmedisinsk perspektiv i kommunalt plan- og utviklingsarbeid. Det er derfor viktig å rekruttere leger med samfunnsmedisinske kvalifikasjoner til kommunene.

Allmennt medisinsk offentlig legearbeid

Allmennt medisinske offentlige legeoppgaver er individrettede og omfatter blant annet arbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem og fengsel-sanstalter. I henhold til fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk kan kommunen stille vilkår om deltakelse i allmennt medisinsk offentlig legearbeid i inntil 7,5 timer per uke ved full kurativ virksomhet. Kommuner og leger kan inngå avtale om et høyere timetall. Fastleger utøver i gjennomsnitt 4,3 timer allmennt medisinsk offentlig legearbeid per uke. I en del kommuner er legedekningen utilfredsstillende i henholdsvis sykehjem, skolehelsetjeneste, helsestasjoner samt i fengsler og asylmottak for kommuner som har dette. Evalueringen av fastlegeordningen har også antydnet at stillingsbrøkene i sykehjem i mange tilfeller er så små at det grenser til faglig uforsvarlighet. Det ligger et ubrukt potensial innen offentlig legearbeid som kommunene bør benytte i større grad.

Regjeringen ønsker å styrke det allmennt medisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere; dette gjelder både pasienter i sykehjem og mottakere av hjemmetjenester og hjemmesykepleie. I første omgang settes fokus på å høyne kapasiteten og kvaliteten på legetilbudet i sykehjemmene. Deretter vil departementet gjennomgå fastlegenes ivaretagelse av ansvaret for medisinsk hjelp til mottakere av hjemmetjenester og hjemmesykepleie. Departementet legger til grunn et behov for å øke innsatsen av legeårsværk i sykehjem med minst 50 pst. fram til

2010. Sosial- og helsedirektoratet har under utarbeiding faglige retningslinjer for legetjenesten i sykehjem, forankret i kvalitetsforskriften. Statens helse-tilsyn vil i 2007 ha et særskilt fokus på legetjenestene i sykehjem. For å styrke kvaliteten på det medisinske tilbudet som ytes i sykehjem vil regjeringen legge til rette for at kommunene knytter sine sykehjem til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus).

Grunnutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning, forskning og fagutvikling har betydning for rekruttering av leger til det enkelte fagområde. Departementet vil sørge for at aldersmedisin generelt og sykehjemsmedisin spesielt blir styrket i turnustjenesten for leger og i spesialistutdanningen av leger.

Legevakt

Kommunene skal sørge for en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Den kommunale legevakttjenesten er en viktig del av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Legevaktarbeid kan for enkeltleger oppleves som en stor belastning. Dette kan føre til vansker med rekrutteringen til enkelte kommuner som har få leger å dele legevaktoppgavene på.

På landsbasis er det etablert omlag 30 interkommunale legevaktordninger med bemannet legevaktsentral på natt og i helger/helligdager (IKL). Dette innebærer en kvalitetsheving av den kommunale legevakten. Samtidig bidrar en slik organisering til at vakthyppheten for den enkelte fastlege reduseres betydelig, noe man vet er av stor betydning for både rekruttering til fastlegehjemler i små kommuner og for stabiliteten i legetjenesten. Departementet er kjent med at flere kommuner ønsker eller planlegger etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid med bemannet legevaktsentral.

Videre oppfølging

Ved behandlingen av St.prp. nr. 60 (2004–2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen), gjorde Stortinget et anmodningsvedtak nr. 528 angående interkommunalt legevaktsamarbeid. I vedtaket bes regjeringen redegjøre hvordan det kan utvikles statlige insentiver som bidrar til utvikling av interkommunalt legevaktsamarbeid der dette framstår som geografisk hensiktsmessig og tjenlig for befolkningen. Departementet har til vurdering flere rapporter som angår kommunal legevakt generelt og interkommunalt legevaktsamarbeid

spesielt. I 2002 ble det utbetalt 306 mill. kroner til legevaktarbeid og i 2005 304 mill. kroner. I hvilken grad slik omlegging har ført til mer bruk av ambulansetjenesten er foreløpig usikkert. Departementet vil i samarbeid med KS og Legeforeningen foreta en vurdering av hvordan det eventuelt kan utvikles virkemidler som bidrar til at flere kommuner kan etablere IKL.

Forskning og fagutvikling innen allmenntjenesten

Kommunehelsetjenestens oppgaver har forandret seg mye de siste tiårene, noe som medfører behov for ny og forskningsbasert kunnskap. Det er derfor behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmenntjenesten på tjenestens egne premisser. Både i Norge og Sverige ligger allmenntjenestens fagutvikling og forskning langt etter medisinsk forskning og fagutvikling innen spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med behandlingen av revidert statsbudsjett for 2006 har Stortinget bevilget 3 mill. kroner til nærmere planlegging av allmenntjenestens forskningsenheter. Det tas sikte på oppbygging av fire forskningsenheter som knyttes opp til universiteter som har medisinsk grunnutdanning. Enhetene forutsettes å ha nært samarbeid med universitetene og forutsetter en praksisnær og pasientrettet allmenntjenestens forskning. Arbeidet og midlene videreføres i 2007.

I forbindelse med takstforhandlingene med Legeforeningen ble det avsatt 2 mill. kroner til fond til forskning i allmenntjenesten. Midlene vil bli brukt til å styrke oppbyggingen av forskningsenheter i nært samarbeid mellom Legeforeningen og helsemyndighetene.

Fysioterapitjenesten

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde i 2005 til sammen 4148 personer, fordelt på hhv 1326 ansatt i kommunene, 2531 med driftsavtale med kommunene, 153 privatpraktiserende uten driftsavtale og 137 turnuskandidater.

Fysioterapitjenesten har ikke vært gjenstand for systematisk gjennomgang eller evaluering de siste 15 år. Departementet har derfor gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en kartlegging av tjenesten. Kartleggingen vil foreligge høsten 2006. Videre vil det bli foretatt en gjennomgang av finansierungsordningene for fysioterapitjenesten, sett i lys av formålet med tjenesten og dens funksjon innenfor kommunehelsetjenesten.

Utfordringer knyttet til noen særskilte brukergrupper

Oppsøkende arbeidsformer og nettverksorientert tilnærming preger mye av det kommunale arbeidet. Noen brukere har store vansker med å møte til faste avtaler hos fastlege eller på andre offentlige kontor. Det er en særlig utfordring for den kommunale helse- og sosialtjenesten å utvikle gode arbeidsmetoder rettet mot slike brukere. Statens helsetilsyn (2005) har i rapporten Pleie- og omsorgstjenester på strekk, særlig påpekt utfordringer i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og personer med rusavhengighet. Tjenestene og arbeidsformene bør tilpasses brukerne, og ikke omvendt.

Det må stimuleres til bygging av kompetente fagmiljø uavhengig av organisatoriske tilknyttinger og modeller. For kommuner med få ansatte i deltjenester eller som har få fagfolk med bestemt kompetanse vil det være aktuelt å bygge fagmiljø og faglige nettverk på tvers av kommunegrensene og i fellesskap med spesialisthelsetjenesten.

Mennesker med rusmiddelproblemer

Tilgjengeligheten til helsetjenester for personer med rusmiddelproblemer er blitt mye bedre de siste årene. Med rusreformen fikk rusmiddelavhengige pasientrettigheter også ved tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Rusreformen medførte også at leger og sosialtjenesten fikk rett til å henvise til tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten. Antallet deltakere i legemiddelassistert rehabilitering har økt og langt flere får tilbud om tilpassede helsetjenester som lavterskel helsetiltak. Samtidig dokumenterer Helsetilsynet og Riksrevisjonen gjennom tilsynsrapporter at det er store udekkede behov for tjenester. Mange får ikke de tjenester de har krav på og tjenestene har ikke nødvendig kvalitet. Det er særlig bekymringsfullt at ungdom med debuterende rusmiddelproblemer ikke fanges opp tidlig nok og får tilpasset hjelp.

Både tilsynsrapporter og flere evalueringer peker på at utfordringene er særlig store i kommunene. Selv om stadig flere får behandling i spesialisthelsetjenesten, er langt de fleste personer som har rusmiddelproblemer mottakere av kommunale tjenester eller bor i kommunene uten å motta tjenester fra det offentlige. Kommunene har et helhetlig ansvar på rusfeltet, og mange brukere har behov for en langsiktig oppfølging og tjenester fra flere sektorer. Rusmiddelavhengige har ofte dårlige levekår og store sosiale og helsemessige problemer. Ved sammensatte behov er sosialfaglig arbeid, herunder mil-

jøterapi og boveiledning, en forutsetning for at den det gjelder skal kunne nyttiggjøre seg helsetjenester og sosial- og arbeidsrettet rehabilitering. Det er store variasjoner i grad av rusmiddelproblemer og livssituasjon. Kommunene må kunne bruke differensierte tiltak og kunne gi den enkelte et individuelt opplegg. Det er behov for å styrke kompetansen om rusmiddelproblematikk og omsorgs- og rehabiliteringstiltak, og for å heve kvalitet og utvikle arbeidsmetoder. Det er ofte en sammenheng mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det vil derfor ofte være nødvendig med samordning og til dels overlapping mellom disse tjenesteområdene.

Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling og oppfølging av personer med praktiseres ulikt, noe som gir variasjoner i hva slags tilbud som gis. Kommunale og statlige myndigheter mangler tilstrekkelig informasjon om forholdet mellom ressursbruk og tjenestetilbud fordi styringsinformasjon og dokumentasjon av aktiviteten innen rusfeltet ikke er presis nok. Det skyldes blant annet at rapporteringssystemene registrerer behov og ikke diagnose.

Kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer praktiseres ulikt, noe som gir variasjoner i hva slags tilbud som gis. Kommunale og statlige myndigheter mangler tilstrekkelig informasjon om forholdet mellom ressursbruk og tjenestetilbud fordi styringsinformasjon og dokumentasjon av aktiviteten innen rusfeltet ikke er presis nok. Det skyldes blant annet at rapporteringssystemene registrerer hvilken tjeneste det er behov for og ikke diagnose.

I et forebyggingsperspektiv er det viktig at kommunehelsetjenesten og andre kommunale tjenester blir bedre til å gi hjelp og veiledning tidlig i en ruskarriere for å forhindre utvikling av alvorlig rusmiddelavhengighet med tilhørende sosiale og helsemessige problemer.

Videre oppfølging

Regjeringen vil ferdigstille en opptrappingsplan for rusfeltet høsten 2006. Innsatsområdene for kommunenes ansvar vil særlig gjelde:

- forebygging, tidlig intervensjon, tilgjengelige tjenester, herunder styrke lavterskel tiltak og oppfølging i bolig
- kvalitetsutvikling i samarbeid med KS og frivillig sektor
- kompetanseheving og faglig løft, bedre forskning og dokumentasjon
- samhandling med spesialisthelsetjenesten, ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV), kriminalomsorgen og barnevern, økt brukermedvirkning

Innsatsen på rusfeltet må også ses i sammenheng med regjeringens innsats for å forebygge og avskaffe fattigdom og organiseringen av ny arbeids- og velferdsforvaltning.

Mennesker med psykiske lidelser

Bakgrunn og status for gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) beskrives nærmere i kap. 6.6. I løpet av opptrappingsperioden vil kommunene, medregnet styrkingen i perioden 1995–1998, få tilført midler som gir rom for om lag 6000 nye årsverk. Det psykiske helsearbeidet vil dermed ha flere årsverk enn de øvrige helse- og sosialtjenester utenom pleie- og omsorgstjenesten. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og omfatter bl.a. forebygging, opplysningsarbeid, behandling, rehabilitering og tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og deres nærmeste. Målet er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og å styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser.

Kommunene har med tilskudd fra Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) hatt foreløpig vekt på behandlings- og oppfølgingstiltak til voksne og primærforebyggende tiltak til barn og ungdom. Det vil framover være behov for å utvikle behandlings- og oppfølgingstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker. Det er et mål at kompetanse og fagmiljø i psykisk helsearbeid for barn og ungdom i kommunene styrkes framover. I helseplanperioden vil følgende områder ha særlig fokus:

Videre oppfølging

- Sikre god kvalitet og effekt av tiltak og tjenester for brukerne gjennom bygging av kompetente fagmiljø innen psykisk helsearbeid i kommunene. Stimulere til økt tverrfaglighet og flere psykologstillinger i det psykiske helsearbeidet for voksne og for barn i kommunene. Utvikle hensiktsmessige modeller for faglige fellesskap mellom ansatte i kommunalt rusarbeid og ansatte i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Utvikle fagmiljø og fagnettverk på tvers av kommunegrensene og i fellesskap med distriktspsykiatriske sentre (DPS).
- Sterkere fokus på å utvikle utrednings-, behandlings- og oppfølgingstilbud på førstelinjenivå til barn og ungdom med psykiske vansker, herunder styrke fagmiljø i psykisk helsearbeid for barn og unge, eventuelt på tvers av kommunegrensene og i samarbeid med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Utvikle oppsø-

kende arbeidsformer som bedre møter barn og ungdom på deres arenaer; i hjem, barnehage/skole og fritid. Tettere samarbeid med pårørende og pedagogisk personell i oppfølging av barn og ungdom som har utviklet psykiske vansker.

- Samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og poliklinikker for barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) skal styrkes med tanke på tidlig identifisering av psykiske plager og lidelser hos barn og unge med sikte på tidlig iverksetting av tiltak.
- Mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal få et helhetlig og sammenhengende bistand og oppfølging gjennom gjensidige og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Det er viktig at det kan tilbys tilrettelagte boliger med tilstrekkelig bistand i kommunene.
- Fokus på psykisk helse inngår i den nye arbeids- og velferdsetaten bl.a. gjennom Strategi for arbeid og psykisk helse. Det blir viktig å utvikle faste samarbeidsstrukturer mellom fagfeltet psykisk helsearbeid, spesialisthelsetjenesten og NAV.
- Styrke kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsearbeid i kommunene, gjennom etablering av et kompetansesenter i psykisk helsearbeid. Utvikle statistikk og dokumentasjon for kommunens psykiske helsearbeid framover.

Mennesker med psykisk utviklingshemming

Etter avviklingen av det særskilte helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) har utviklingshemmedes behov for tjenester blitt ivarettatt av de ordinære tjenestene i kommunene. Det har vært en betydelig økning i tilsetting av vernepleiere i kommunene etter at utdanningskapasiteten ble økt fra siste halvdel av 1990. Det ser likevel ut til at tjenester til utviklingshemmede fortsatt i stor grad ytes av mange uten høgskoleutdanning eller uten formell utdanning. Vernepleierne som arbeider i feltet er ofte alene om fagutviklingsarbeid. Det kan føre til at vernepleierne søker seg ut til mer attraktive fagmiljø.

Tilsynsmeldingen 2005 fra Statens helsetilsyn etterlyser stabil personellsituasjon og god fagkompetanse. Erfaring fra tilsyn viser at kommunene i dag ikke i tilstrekkelig grad sikrer at andre løsningsalternativer blir prøvd før det blir brukt tvang. Kommunene søker ofte om dispensasjon fra kompetansekravene i sosialtjenestelovens kapittel 4A fordi tjenesten ikke innehar tilstrekkelig og rett kompetanse.

Videre oppfølging

Kvaliteten i omsorgstjenesten til utviklingshemmede vil bli fulgt opp gjennom de virkemidlene regjeringen beskriver i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Utfordringer for framtidens omsorg.

Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet vil også sørge for særlig oppfølging av tjenestene til personer med utviklingshemming gjennom.

- evaluering av praktiseringen av bestemmelsene i sosialtjenesteloven om å begrense bruk av tvang overfor personer med utviklingshemming
- utviklingsprogrammet: Aldring og utviklingshemmede (UAU)
- utviklingen av det nasjonale fagmiljøet på området utviklingshemming, som ble etablert i 2006
- særlige FOU-tiltak

Sosial- og helsedirektoratet arbeider med en oppsummering av kunnskap om sosial- og helsetjenestene til mennesker med utviklingshemming. Departementet vil i samarbeid med direktoratet vurdere eventuelle behov for mer kunnskap og tiltak på feltet.

Yngre mennesker med fysisk funksjonshemming

Dette er en svært heterogen gruppe både når det gjelder type funksjonshemming og grad av nedsatt funksjonsevne. Det er likevel gjennomgående viktig at helse- og sosialtjenestene blir gjort tilgjengelige både når det gjelder transport, bygningsmessige forhold og kommunikasjon og informasjon. Mange har behov for tilrettelagt bolig. Planlegging av slik bolig bør skje i god tid slik at det kan bli en viktig del i helhetlig habilitering og rehabilitering og kan legge godt grunnlag for deltakelse i samfunnet og i arbeid når det er mulig.

For en del personer med nedsatt funksjonsevne kan det være en god løsning å organisere praktisk bistand etter sosialtjenesteloven som brukerstyrt personlig assistanse (BPA) Bruker er da selv arbeidsleder for assistenten(e) og den som organiserer tjenestene. Det kreves god opplæring og veiledning for at denne ordningen skal fungere. Det gjelder både saksbehandlere, arbeidsledere og assistenter. For mange personer med nedsatt funksjonsevne vil en slik opplæring og overgang til å ta arbeidslederansvar være et viktig mål og virkemiddel i en mer helhetlig rehabiliteringsprosess. Det bør satses videre på at slik opplæring blir videreutviklet og blir et permanent tilbud.

Departementet ønsker å stimulere kommunene til å organisere tjenestetilbudet på nye måter

og bidra til økt valgfrihet og brukerinnflytelse samt større kommunal likhet i praktiseringen av ordningen.

Tannhelsetjenesten – framtidig utvikling

Tannhelsetjenesten er organisert som en fylkeskommunal helsetjeneste. Tannhelsetjenesten ble utredet i NOU 2005:11 Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest. Utredningen ble sendt på alminnelig høring, med høringsfrist 1. november 2005. Departementet har i alt mottatt 104 høringsuttalelser. 88 har hatt merknader til utredningen.

Utvalget går ikke inn for en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester, men tilrår at det offentlige engasjementet rettes mot de gruppene som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester. I tillegg foreslås blant annet å styrke den offentlige tannhelsetjenesten, å prisregulere med maksimaltakster og å innføre etableringskontroll av tannleger.

Det er bred enighet fra høringsinstansene til utvalgets forslag om å styrke den offentlige tannhelsetjenesten og om bedre samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Dette er forhold som også regjeringen vil legge vekt på i det videre arbeidet. Videre støtter høringsinstansene utvalgets forslag om å forenkle regelverket på trygdens område. Arbeids- og velferdsdirektoratet har derfor fått i oppdrag å gjennomgå aktuelt regelverk, med sikte på forenkling.

Det er stor uenighet om forslagene som innebærer en regulering det private tannlegemarkedet, som utgjør nesten $\frac{3}{4}$ av tannhelsetjenesten. Dette gjelder særlig etableringskontroll og innføring av nasjonale takster. For å få bedre kunnskap om pris- og kostnadsnivået i denne sektoren, er det derfor påbegynt en kartlegging i samarbeid med SSB, universitetet og Tannlegeforeningen.

Videre oppfølging

Med bakgrunn i utredningen og høringssvarene, har regjeringen besluttet at reformarbeidet ikke skal omfatte en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester for hele befolkningen i denne omgang. Det offentliges engasjement skal fortsatt rettes mot de grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester enten gjennom offentlig organiserte tjenester og/eller trygderefusjon. For mange av disse gruppene forutsetter et godt tannhelsetilbud et nært samarbeid mellom tannhelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om tannhelsetjenesten for Stortinget i 2007.

6.3.3 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Tjenesten skal også gi veiledning til pasienter og kommunalt helsepersonell, drive undervisning og medisinsk forskning. Spesialisthelsetjenesten løser de oppgaver i helsetjenesten som krever kompetanse og ressurser ut over det som kommunehelsetjenesten er satt opp med. I spesialisthelsetjenesten har vi somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Den offentlige spesialisthelsetjenesten er organisert som 32 helseforetak i fem helseregioner.

Det har vært en reell vekst i bevilgningene (korrigert for nye oppgaver) til regionale helseforetak på gjennomsnittlig 1,3 mrd. kroner eller 1,6 pst. per år fra 2002 til 2006. Kostnadene i spesialisthelsetjenesten økte reelt med 5,1 pst. per år i perioden 1997 til 2001. I perioden 2002 til 2004 har denne kostnadsveksten avtatt til 3,2 pst. per år. Dette er om lag på linje med vekst i økonomien for øvrig. Kostnadene har økt sterkere i Norge enn i sammenlignbare land fra 1995, og utgjorde i 2005 10 pst. av brutto nasjonalproduktet. Dette har i stor grad vært en ønsket utvikling for å øke aktiviteten, redusere behandlingsskøer og øke tilbudet innen psykisk helsevern.

Siden 1990 har antall helsepersonell i spesialisthelsetjenesten økt sterkt, og er nå på 93 000 årsverk. Tallet på leger økte med 80 pst. i perioden 1990–2004, og over 10 000 leger arbeider nå i spesialisthelsetjenesten. Antallet sykepleiere økte med 60 pst. til 31 000. Andelen utgjør om lag 65 pst. av landets leger og 50 pst. av sykepleierne.

I 2005 var det i overkant av 6 mill. oppholdsdøgn og 4,8 mill. polikliniske konsultasjoner ved norske sykehus. Antallet utførte behandlinger har økt sterkt i perioden 2002–2005. Sterkest har økningen vært for dagbehandling. Fra 2002–2005 økte antall døgnopphold i somatiske institusjoner med 9 pst., mens antall dagbehandling økte med vel 42 pst. I psykisk helsevern var det fra 1998–2005 en økning i antall polikliniske konsultasjoner for voksne på 82 pst. For barn og unge økte antallet behandlede pasienter med 110 pst. i den samme perioden.

Aktivitetøkningen har ført til at ventetidene har gått ned. I første tertial 2006 var gjennomsnittlig ventetid 68 dager mot 96 dager i 2001, hvilket tilsvarer en reduksjon på nær 30 pst. Antall pasienter som måtte vente mer enn ett år er i samme periode redusert fra 47 000 til 4500.

I internasjonale sammenligninger vurderes norsk spesialisthelsetjeneste som god, og blant de fremste i verden. Verdens helseorganisasjon gjorde i 2004 en gjennomgang av helsesystemer i mange land, og plasserte Norge på en tredje plass. I norske undersøkelser sier 4/5 av pasientene som har fått somatisk behandling og 2/3 av pasientene i psykisk helsevern, seg fornøyd med de tjenestene de har fått.

Spesialisthelsetjenesten medvirker til bedre resultater og større helsegevinst nå enn før. Et barn født i Norge kan vente å leve ni år lenger nå enn et barn som ble født i 1960. Vi har hatt store gjennombrudd i forebygging og behandling av hjertesykdommer, kreft, slag og for tidlig fødsel. Nye medisiner og moderne, skånsom kirurgi medfører raskere og mindre smertefull behandling og rehabilitering. Vi kan operere og behandle både eldre og mennesker med kroniske sykdommer for langt flere lidelser enn før.

Det akuttmedisinske tilbudet er styrket. Ambulansetjenesten har fått personell med bedre utdanning og utstyr, ambulansene er to-mannsbetjente og ny kommunikasjonsteknologi gjør det mulig for spesialister i sykehusene å starte behandlingen før pasienten kommer til sykehus. Bruken av luftambulanse er fordoblet de siste ti år. En stor ny forbedring vil komme ved innføringen av nytt digitalt netnett i Norge.

Organisering og styring

Det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen av spesialisthelsetjenesten bygger på en kombinasjon av nasjonal politikktutforming, overordnet styring og myndiggjøring av sykehusene. Foretaksmodellen skal videreføres og fortsatt være bærekonstruksjonen for organisering og styring av norsk spesialisthelsetjeneste. Videreutvikling og hensiktsmessige tilpassinger vil bli foretatt innenfor foretaksmodellen. Det skal bygges videre på modellen slik at spesialisthelsetjenesten skal være overordnet politisk styrt, profesjonelt drevet og være preget av åpenhet og medvirkning.

Overordnet om helseforetaksmodellen

Bakgrunnen for sykehusreformen, og omleggingen til statlig eierskap og foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten fra og med 2002, var blant

annet organisatoriske, styringsmessige og samordningsmessige utfordringer. Reformen har vært solid forankret i velferdsstatens verdigrunnlag med det formål for øye å både realisere gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen, og oppnå bedre ressursutnyttelse. Reformen innebar en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med tydelig ansvars- og rollefordeling som ga rom for fortsatt overordnet politisk styring – og samtidig søkte å legge bedre til rette for de utøvende virksomhetenes autonomi.

Modellen bygger på en kombinasjon av overordnet styring for å sikre at tjenesten utvikler seg i samsvar med nasjonal helsepolitikk og innenfor gitte ressursrammer, samtidig med at relativt vide fullmakter er delegert til helseforetakene. Departementets helhetlige styring ivaretas gjennom formidling av en overordnet helsepolitisk bestilling, finansieringsvirkemidler og eierstyring. Gjennom det årlige oppdragsdokumentet til regionale helseforetak, formidles helsepolitiske styringsbudskap, tilskudd og vilkår til bevilgninger. Gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene, settes økonomiske og organisatoriske styringskrav og rammebetingelser. Foretakenes virksomhet rammes for øvrig inn gjennom myndighetsstyring (lov, forskrift mv.) og øvrig gjeldende juridisk rammeverk. Nasjonal helseplan skal følges opp i de årlige statsbudsjett i planperioden, herunder i plan- og meldingsdelen fra de regionale helseforetakene.

Ledelse på alle nivå bærer det helhetlige ansvar for at aktivitetene og resultatene er i henhold til lov og forskrift, herunder forsvarlighetskravet. Det hører også til ledernes ansvar å sikre at det faglige arbeidet skjer i henhold til mål og rammer fastsatt av myndigheter og sykehuseier. Ledere har ansvar for det faglige innhold, kvalitet, fordeling av tjenestene og økonomiske resultat.

Både de fem regionale helseforetakene og helseforetakene lokalt er etablert som selvstendige rettssubjekter med egne styrever. Styrene har et helhetlig overordnet ansvar som kontroll-, strategi- og beslutningsorganer. Foretaksmodellen har ikke vært en statisk konstruksjon, men er gjennom sin relativt korte virketid videreutviklet på flere områder. Oppnevning av politikere i foretakenes styrever og åpning av styremøtene er eksempler på dette. Et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene i regionale helseforetak er nå utnevnt blant foreslåtte kandidater på fylkes- og kommunenivå, etter en forslagsrunde blant landets fylkeskommuner og Sametinget. Styrenes kjønnssammensetning er i samsvar med gjeldende krav. Lignende endring har skjedd i helseforetaksstyrene lokalt.

Finansiering

Spesialisthelsetjenesten er finansiert både gjennom basisbevilgninger og aktivitetsavhengige bevilgninger. Finansieringssystemet er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å understøtte helsepolitiske mål. Finansieringssystemet skal understøtte de regionale helseforetakenes helhetlige ansvar. Derfor er regionale helseforetak som hovedregel mottakere av statens tilskudd til spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetak har innenfor sitt «sørge for»-ansvar stor frihet til å utforme inntektsmodeller og kontrakter med utøvende virksomheter.

Basisbevilgningen til de fem regionale helseforetak fordeles etter historiske forhold og inntektsfordelingssystemet som startet i 2005, jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004) og Innst. S. nr. 82 (2003–2004). I hovedsak innebærer omleggingen at Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF skal få en større andel av basisbevilgningen, mens de tre andre regionale helseforetakene vil få reduserte andeler. Med regjeringens forslag til statsbudsjett for 2007, vil overgangsperioden for fordelingen være sluttført i 2007. Det vil bli satt ned et utvalg som skal vurdere nåværende inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak.

DRG-systemets klassifisering av grupper av pasienter etter diagnose og behandlingstiltak samsvarer ikke med prioriteringsforskriftens krav til alvorlighet, forventet nytte av behandlingen og effekt av behandlingen i forhold til kostnader. Finansieringssystemets tillit og legitimitet er imidlertid avhengig av at det ikke er direkte motstrid mellom økonomiske hensyn og regler og retningslinjer for prioritering. Innsatsstyrt finansiering er et gjennomsnittssystem som innebærer at det i enkelttilfeller vil være avvik fra faktisk ressursbruk og ISF-refusjonen. Målsettingen om et mest mulig oppdatert ISF-system kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for regionale helseforetak og på sykehusnivå.

Nye medisinske metoder påvirker behandlingspraksis og dermed også kostnadsnivå og relative kostnadsforhold mellom ulike behandlingsformer og pasientgrupper. Endringer i relative kostnadsforhold fanges opp gjennom oppdatering og vedlikehold av kodeverk, klassifikasjonssystemer og kostnadsvekter. Økning i det generelle kostnadsnivå fanges opp i enhetsprisen som oppjusteres årlig. Innsatsstyrt finansiering regulerer ikke innføring av nye metoder, men skal fortløpende ta opp

i seg nye metoder gjennom oppdatering av kodeverk, klassifikasjonssystem og kostnadsvekter.

I tråd med St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektsystem for spesialisthelsetjenesten, vil departementet overføre finansiering av somatisk aktivitet ved offentlige poliklinikker til ISF-systemet. Det arbeides også med å utvikle kodeverk og pasientklassifikasjonssystemer for psykisk helsevern, rehabilitering, habilitering og tverrfaglig behandling for rusmiddelmissbruk. Dette gjør det lettere å sammenligne pasientgrupper, aktivitet og ressursbruk mellom sykehus. Utvikling av kode- og klassifiseringssystemer er vesentlig for å få gode styringssystemer uavhengig om dette senere blir benyttet som finansieringssystem.

Evaluering av foretaksorganiseringen

Ved utgangen av 2006 avsluttes en tredelt evaluering for å belyse og vurdere sykehusreformens virkninger, egnethet og resultater. Evalueringsrapporten som vurderer modellens egnethet (Agenda & Muusmann, desember 2005) sier blant annet: «Det er en klar vurdering at sykehusreformen og innføringen av helseforetak på regionalt nivå – og etablering av helseforetak som rammer for den offentlige del av produsentsystemet – har vært en gevinst for den norske spesialisthelsetjenesten og for utviklingen av den.» Samtidig trekker evalueringen fram flere områder der det tilrås at det gjennomføres endringer eller tilpasninger, eksempelvis:

- bedre samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og innad i spesialisthelsetjenesten – med pasientens beste for øye
- tiltak som kan sikre bedre nasjonal politisk forankring
- tiltak som kan sikre bedre regional politisk forankring
- manglende fokus og kunnskap om prioriteringer mellom hovedområder
- klargjøring av roller mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene

Resultatevalueringen som gjennomføres i regi av Norges forskningsråd ferdigstilles ved årsskiftet 2006/2007. Denne evalueringen er kommet for kort til at hovedresultatene kan presenteres her.

Departementet vil i 2007 komme tilbake med en samlet presentasjon av evalueringene. Evalueringmaterialet vil bli brukt aktivt som en del av utviklingsarbeidet i kommende fireårsperiode.

Sentrale utfordringer

Bærekraft

Sykdomsbildet forandrer seg over tid. Død og invaliditet etter hjertesykdommer er redusert, mens forekomsten av kreft, diabetes type 2, helse-skadelig overvekt, KOLS og psykiske helseproblemer øker. WHO har anslått at i 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis, nest etter hjertekarsykdommer, være den viktigste sykdomsbelastningen. Et økende antall mennesker med kreft og kroniske sykdommer lever med sykdommer i mange år og lærer seg å mestre mye selv. Vi vil få en økende andel svært gamle som pasienter i spesialisthelsetjenesten. Mange eldre og mennesker med kroniske lidelser trenger vedvarende helsehjelp – fra en helsetjeneste som må samarbeide langt bedre for at brukeren skal få et helhetlig og trygt tjenestetilbud. Det er under arbeid en handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenesten for eldre som vil være konsentrert rundt følgende seks innsatsområder:

- brukernes mestring av egen sykdom og funksjonssvikt
- forebyggende og helsefremmende tiltak i forbindelse med sykehusopphold
- tjenestetilbudet i sykehus, herunder gode samhandlingstiltak med kommunene
- rekruttering av nøkkelpersonell
- øke tverrfaglig kompetanse og styrket forskning om Eldres helse og tjenestetilbud
- gjennomgang av finansieringsordninger for å sikre at disse er tilpasset god klinisk praksis

Ved siden av endret sykdomsbilde og flere eldre vil økende pasientmobilitet mellom helseregioner og mellom landene i EU/EØS kunne utfordre helse-tjenestens organisering og de økonomiske modellene. Den norske modellen bygger på fellesløsninger og solidaritet også når det gjelder finansiering. Modellens langsiktige bærekraft i forhold til trender preget av individløsninger, framfor solidaritet, og mobilitet framfor nasjonale løsninger vil blant annet være avhengig av god økonomisk styring og økonomisk balanse innenfor rammer gitt av folkevalgte organer.

Nye behandlingsmetoder, teknologi og spesialisering

Det utvikles kontinuerlig nye behandlingsmetoder, avansert elektronisk utstyr og nye, dyre medikamenter. I Norge ønsker vi å ligge i front og tilby det beste av ny behandling, når effekten er dokumentert virkningsfull og står i et rimelig forhold til kostnadene. Mye av det pasientene ønsker å få tilgang til kan fortsatt være utprøvende eller alterna-

tiv behandling som ikke ennå er dokumentert virkningsfull. I et åpent internasjonalt helsemarked kan en spore opp behandlingstilbud som kan virke mer avanserte eller annerledes enn det som gis i Norge, og som pasientene ønsker å få dekket av norsk helsetjeneste. Å gjøre riktige avveieinger mellom behandling pasienten ønsker og det som er medisinsk faglig forsvarlig og samfunnsøkonomisk fornuftig er et økende dilemma. Departementet ønsker å etablere et system som gir bedre dialog og større aksept rundt beslutninger om å innføre ny medisinsk teknologi, jf. omtale i kap. 6.4.1.

Mer avansert behandling kan medføre spesialisering i de medisinske fagene som er nødvendig for å sikre god kvalitet, men som samtidig kan virke oppsplittende og sentraliserende. I framtidig utdanning av helsepersonell må det også stimuleres til utdanningsløp som gir bred faglig kompetanse, slik at de vanligste sykdommer og helseproblemer kan håndteres trygt ved lokalsykehus og andre desentraliserte helsetjenestetilbud, jf. omtale i kap. 6.4.2.

Likeverdighet og tilgjengelighet

God tilgjengelighet til likeverdige helsetjenester er en grunnleggende verdi. Folk skal ha likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av bosted, inntekt, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Å få til dette krever et samspill av virkemidler; godt utbygde tjenester, lave egenandeler og økonomiske skjermingsordninger som rettes mot dem som trenger mye helsetjenester. Helselovgivningen har fått stadig større betydning som virkemiddel for å sikre likeverdige tjenester, god fordeling og rett prioritering. Pasientene har fått sterke og omfattende rettigheter gjennom pasientrettighetsloven, der rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp er sentrale rettigheter. Likevel er det forskjeller i forbruket av helsetjenester som ikke kan forklares med forskjeller i sykkelighet. Sosiale og geografiske forskjeller i tilgangen til helsetjenester kan være med på å opprettholde sosiale ulikheter i helse. For spesialisthelsetjenesten er det en stor utfordring å bidra mer til at sosiale ulikheter i helse reduseres.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Norske helsetjenester holder gjennomgående høy kvalitet. Like fullt kommer det fram informasjon i mange land – også i Norge – om feil, mangler og variasjoner i kvalitet. Pasientene har krav på trygge tjenester. Spesialisthelsetjenesten må utvikle enda bedre kvalitetsutvikling og kontroll. Tjenesten må også kunne dokumentere hvordan feil håndteres for å forebygge framtidige uhell, jf. omtale i kap. 6.4.1.

Utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje i nær kontakt med øvrige deler av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil således være integrert i de utviklingstiltak som omtales i kap. 6.4 med gjennomgående strategiske områder som kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering, personell og kompetanse, forskning, prehospitaltjenester mv.

Nasjonal styring og samordning

Foretaksmodellen har etablert forutsetninger for bedre ressursutnyttelse, muligheter for å utligne uheldige forskjeller – og nasjonale grep på enkelte områder. For å virkeliggjøre mer av reformens intensjoner, vil departementet i større grad vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regioner på utvalgte områder. Når staten står i en direkte eierlinje til spesialisthelsetjenestens virksomheter gir dette grunnlag for direkte styringsmessig oppfølging for å utnytte dette potensialet til å utvikle enhetlige og likeverdige tilbud. Departementet legger opp til en skjerpet årvåkenhet overfor likeverdighetsprinsippet. I styringsdialogen knyttet til Nasjonal helseplan skal det være en sammenstilt analyse på forhold knyttet til likeverdige helsetjenester, inklusive hvilke nasjonale tiltak som skal settes i verk.

Regionale helseforetak har stor frihet i valg av strategier og løsninger – og skal fortsatt ha det. Men en tilsvarende viktig side ved modellen er at dette skal skje innenfor nasjonalt opptrukne mål og langsiktige rammer. Det skal i perioden framover i sterkere grad identifiseres og følges opp områder med potensial for harmonisering og fellesløsninger på tvers av regionene. Det skal særskilt rettes fokus på sterkere nasjonal styring og samordning på investeringsområdet og innen IKT. Utviklingen av rasjonell spesialisthelsetjeneste tilsier også at dette kan være aktuelt for stab- og støttefunksjoner som ikke berører foretakenes kjernevirksomhet. Departementet legger vekt på at hovedtrekkene i foretaksmodellens desentrale beslutningsstruktur skal beholdes, men legger til grunn at klarere nasjonale rammer vil gi et bedre grunnlag for forvaltningen av det desentrale ansvaret. Et vesentlig siktemål med foretaksorganiseringen var jo at det skulle opprettholdes en desentral tjeneste og desentralisere myndighet og ansvar for virksomhetene.

Rammebetingelser for helseforetakenes håndtering av kapital (bygg og utstyr) og personell

Personell, bygg og utstyr utgjør de sentrale innsatsfaktorene i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har samlet om lag 93 000 årsverk og

disse utgjør grunnmuren i tjenesten. Den kompetanse, kunnskap og erfaring de ansatte har, danner grunnlaget for verdiskapingen i tjenesten. Helse-tjenestens formål er på alle måter tjent med opplevelser av prestisje og arbeidsglede hos personalet. Arbeidstilsynet har gjennom sin kampanje God vakt! fra 2005 avdekket mangler i det systematiske HMS arbeidet i helseforetakene. Helse, miljø og sikkerhet er ikke tilstrekkelig blitt fulgt opp i det daglige arbeidet med sykehusene, og det er ikke blitt satt tilstrekkelig fokus på årsaker til at arbeidsmiljøbelastninger oppstår. Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid må derfor gis status og prioritet og det må rettes oppmerksomhet til hva som er de bakenforliggende årsaker til at arbeidsmiljøbelastningene oppstår. Et godt medisinsk faglig innhold i arbeidet er avgjørende for motivering. God ledelse og bedre forståelse av kompetanseutvikling er derfor viktig. Personell og kompetanse omtales i kap. 6.4.2.

Bygg og utstyr

Bygg og utstyr er et viktig grunnlag for en god helsetjeneste. Investeringer i nye bygg og nytt utstyr og verdibevarende vedlikehold av eksisterende bygg gir muligheter for å opprettholde og utvikle tjenestene. Dette gjelder for alle deler av helsetjenesten. Bygging av sykehus innebærer investeringer som legger beslag på store andeler av samfunnets ressurser og legger bindinger for helsetilbudet til befolkningen i mange tiår framover. Foretaksreformen innebar en betydelig systemomlegging ved at kostnadene ved bruken av kapital kommer med i driftsbudsjett og driftsregnskaper.

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

Problemstillingen innen investeringsområdet vil være hvordan man kan bedre den nasjonale samordningen og koordineringen av de investeringer som er under planlegging.

Utviklingstrekk fram til 2002

Perioden fra 1990 og fram til reformen var preget av et relativt lavt investeringsnivå i spesialisthelse-

tjenesten i fylkeskommunene. Det eneste store sykehuset som ble bygget var nytt Rikshospital som stod ferdig i 2000. Dette var et statlig eid sykehus, og nytt bygg ble finansiert direkte over statsbudsjettet. Noen sykehus ble bygd ut i mindre etapper, for eksempel sykehusene i Arendal og Tønsberg.

I siste halvdel av 1990-tallet ble det gitt øremerkede investeringsmidler til fylkeskommunene gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (1999–2008), Utstyrplanen (1998–2002) og Krefthplanen (1999–2003). At det var behov for slike investeringsplaner kan tyde på at fylkeskommunalt investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten hadde vært lavt. Det manglet imidlertid ikke fylkeskommunale planer for sykehusutbygging.

Utviklingstrekk etter sykehusreformen (2002 – dd)

En kartlegging av pågående og planlagte investeringsprosjekter ved inngangen til reformen viste et samlet investeringsvolum på opp mot 50 mrd. kroner, jf. St.prp. nr. 59 (2001–2002). Stortinget har forutsatt gjennomføring av nye Ahus, Nytt St. Olavs Hospital og forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Stortinget har også vedtatt at de regionale helseforetakene skal slutføre investeringsprosjekter under Krefthplanen og Opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Disse prosjektene tilsvarer et investerings-/likviditetsbehov på om lag 27 mrd. kroner.

Perioden etter 2002 har således vært preget av høy investeringsaktivitet i spesialisthelsetjenesten slik tabellen viser.

Tabell 6.1 Årlige investeringer til bygninger, medisinsk teknisk utstyr og andre anleggsmidler

	2002	2003	2004	2005	Totalt
Samlet	3 191	5 735	7 164	7 469	23 559

Kilde: BUS. Mill. kroner. Løpende priser 2002–2005.

I løpet av 2006 vil det være investert for over 30 mrd. kroner siden reformen trådte i kraft.

Nasjonal styring på investeringsområdet

I dette statsbudsjettet legger regjeringen på plass rammebetingelsene for helseforetakenes håndtering av realkapitalen (bygg og utstyr) ved at det varsles en opptrapping av overføringene fram til 2010 på til sammen 1 mrd. kroner. Dette tilsvarer isolert sett at helseforetakene settes i stand til å gjenanskaffe om lag 80 pst. av den realkapitalen de overtok i 2002. Dette stiller store krav til helseforetakene knyttet til å kunne effektivisere eksisterende bygningsmasse, men omfanget av investeringer og omfanget av foreliggende planer tilsier også styrket bruk av nasjonale koordineringstiltak.

Departementet vil legge opp til at det skal gjennomføres tydelige prosesser som legger til rette for at departement, regjering og Stortinget kan trekke opp overordnede rammer for investeringsaktiviteten og også overordnede rammer for de enkelte regionale helseforetak. En slik sentral behandling vil gi bedre sikkerhet for at investeringstiltakene blir godt nasjonalt koordinert, slik at det ikke utbygges kapasitet ut over samlet nasjonalt behov. Dette betyr ikke at det legges opp til noe gjennomgående system med sentral godkjenning av enkeltprosjekter. Det skal legges vekt på at det enkelte regionale helseforetak må ha fleksibili-

tet til å gjennomføre investeringsprosjekter innenfor sine samlede økonomiske rammer.

Den politiske behandlingen skal søkes å være forankret i prosesser der foretakene, kommuner, fylkeskommuner, brukerorganisasjoner og fagorganisasjonene er gitt anledning til å medvirke. Samtidig er det viktig at nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene skjer i former som samsvarer med styringsmodell for spesialisthelsetjenesten.

Departementet vil legge vekt på at analysene av investeringsbehov blir vurdert i sammenheng med gjennomgangen av spesialisthelsetjenestens kapasitetsbehov og strukturanalyser. De regionale helseforetak har gjennom bestillerdokumentene for 2006 fått i oppdrag å foreta en kapasitetsanalyse. Foreløpige tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene tyder på at det samlet sett ikke er kapasitetsproblemer (i betydningen disponibelt areal), men at det er store utfordringer knyttet til vedlikeholdsinvesteringer og at dagens sykehusstruktur på langt nær er optimal. Framskrivninger av behov for arealer basert på utvikling i befolkning og sykdom, teknologisk utvikling og utvikling i behandlingsformer indikerer at det heller ikke i årene framover samlet sett vil være behov for mer areal. Dette fordrer imidlertid en langt bedre utnyttelse av arealer og utstyr enn i dag, for eksempel utvidede åpningstider og mer rasjonelle pasientløp.

De regionale helseforetakene peker videre på at tjenesten må utvikles som et godt fungerende,

sammenhengende system der oppgavene er hensiktsmessig fordelt og kapasiteten i de ulike ledd godt balansert og utnyttet. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette i oppfølgingen av Nasjonal helseplan.

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i egen region. Dette innebærer at de skal vurdere og ha ansvar for at investeringsprosjekter gjennomføres i henhold til beslutningsunderlag og innenfor regionens samlede ressursrammer.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå, slik at investeringer skal skje i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For store prosjekter er det viktig å unngå at det settes i gang omfattende prosesser og planleggingsarbeid som det senere viser seg urealistisk eller ikke ønskelig å gjennomføre av økonomiske eller helsefaglige grunner. All planlegging på helseforetaksnivå skal derfor være forankret i en overordnet strategisk investeringsplan på regionalt nivå.

For prosjekter over 1 mrd. kroner skal resultater og de regionale helseforetakenes vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet. Sentrale elementer i disse vurderingene vil blant annet være at:

- aktuelle prosjektideer raskt vurderes opp mot realistiske økonomiske rammer og at prosjektenes totaløkonomi blir vurdert forhold til regionens økonomiske bæreevne
- prosjekter som besluttes videreført må innarbeides i overordnede planer og budsjetter for på denne måten bekrefte at prosjekter er vurdert og prioritert innenfor helhetlige faglige og økonomiske rammer
- alle prosjekter må være underlagt tilfredsstillende kvalitetssikring og styring, med særskilte krav til store prosjekter med kostnadsramme som overstiger 500 mill. kroner
- prosjektet bygger opp under overordnede målsettinger om framtidig kapasitet og rasjonelle nasjonale løsninger

Følgende forbedringstiltak foreslås i helseplanperioden:

- Videreutvikling og forbedring av det felles datasett og den metodikk som brukes til å dokumentere og beskrive aktivitet og kapasitet
- utvikle bedre metoder for framskriving av behov, og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer

som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi

- utvikle tilsvarende modeller for beregning av driftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske konsekvenser
- felles og enhetlig beskrivelse av funksjoner og ressurser (rom, arealer mv.) som gjør det mulig å beregne arealeffektivitet og kapasitetsutnyttelse og sammenligne på tvers av helseforetak og regionale helseforetak

Bedre koordinering av nasjonal styring overfor de regionale helseforetak

Departementet vil legge vekt på en tydelig eierstyring overfor de regionale helseforetakene. Videre vil helseforetakene bli målt i forhold til de gitte styringskrav. Dette vil også fordre et behov for en ensartet styringsinformasjon.

Fra og med 2006 utarbeider Sosial- og helsedirektoratet en årlig rapport som gir en framstilling og vurdering av helsetjenestens situasjon («følge med»-rapport). Denne rapporten skal gi departementet et grunnlag for å vurdere tiltak av styringsmessig karakter og er et supplement til den informasjon og innspill departementet mottar i den direkte styringsdialogen med de regionale helseforetakene. På en del områder er det nyttig at de regionale helseforetakene framstår med samla synspunkter overfor direktorat og departement. Eksempler på dette er kravene til regionale helseforetak om at de skal utarbeide en kapasitetsanalyse og en helhetlig plan for framtidig organisering av høyspesialiserte tjenester. Dette vil gi et bedre grunnlag for departementets styring.

Det skal utvikles et tydeligere skille mellom direktoratsfunksjoner som er av myndighetskarakter og tiltak av veiledende eller rådgivende karakter. I kapittel 6.4 omtales opplegg for at det framover skal bli et klart skille mellom faglige retningslinjer og tiltak av veiledende karakter. Sosial- og helsedirektoratet vil i dette arbeidet legge vekt på tempo og prosesser som inkluderer medvirkning fra relevante kliniske miljøer, for å sikre nødvendig forankring.

Roller og styringsmodell i regionale helseforetak

Regionale helseforetak har anledning til å være styringsmessig tett på underliggende helseforetak. Nettopp foretakenes autonomi når det gjelder styring og forvaltning av egne ressurser har vært én beveggrunn for reformen, og en sentral styringsutfordring for regionale helseforetak har vært – og er – å balansere og avstemme det regionale styrings- og samordningsbehovet med det enkelte

helseforetaks selvstendighet. Den største utfordringen framover ligger nettopp i styringsrelasjonen regionale helseforetak – helseforetak.

En sentral organisatorisk utfordring for regionale helseforetak har vært knyttet til viktigheten av å håndtere rollene som både «sørge for»-ivaretager og helseforetakseier på en ryddig måte. Fra og med 2005 ble det satt krav til å etablere en større organisatorisk markering mellom rollene som tilhører regionale helseforetak. Samtidig er nettopp rollekombinasjonen vurdert å være en kjerneegenskap ved den integrerte foretaksmodellen som gir anledning til helhetlig styring og et regionalt perspektiv på det samlede tjenestetilbudet.

De regionale helseforetakene har valgt litt ulik styringsmodell overfor underliggende helseforetak. En problemstilling har knyttet seg til hvor vidt ansatte i ledelsen i regionale helseforetak kan delta i styrer i underliggende helseforetak – som var utbredt praksis de første årene etter reformen. Fra 2005 ble det satt begrensninger for hvordan dette kan innrettes. Saken var senest oppe i foretaksmøter i januar 2006, hvor det ble videreført at ansatte som direkte forvalter «sørge for»-ansvaret, ikke kan delta i helseforetaksstyrer. Departementet vil i planperioden legge til grunn at det ikke skal gjøres ytterligere endringer eller innskjerpinger i de regionale helseforetakenes styringsmodell på dette området. Dette vil innebære at det fortsatt er åpning for at regionale helseforetak kan ha såkalte interne styreledere, forutsatt at dette gjøres i samsvar med gjeldende krav.

Det er i helseforetakene tjenestene utføres og kostnadene oppstår. For at regionale helseforetak skal kunne utøve god virksomhetsstyring og øvrig oppfølging av krav stilt gjennom foretaksmøter og bestillerdokument/oppdragsdokument, må de sørge for å etablere gode gjennomgående oppfølgingsystemer overfor underliggende helseforetak.

For å nå spesialisthelsetjenestens overordnede mål om gode og likeverdige helsetjenester, vil det kunne være et viktig virkemiddel for de regionale helseforetakene å gjennomføre fagrevisjoner i sine helseforetak. Etter departementets vurdering er slike fagrevisjoner mulig å gjennomføre uten å være i strid med regelverket om taushetsplikt. Departementet vil imidlertid vurdere om det er behov for å etablere et klarere rettsgrunnlag som gir regionale helseforetak tilgang til taushetsbelagt informasjon i forbindelse med kvalitetsarbeid og internrevisjon og eventuelt fremme nødvendige forslag.

I kommende periode vil mer oppmerksomhet rettes mot systematisk forbedringsarbeid med hensyn til ledelse, intern organisering og sam-

handling innad i helseforetakene. Det skal utvikles modell-sykehus ved å gjøre bruk av tilgjengelig kunnskap om hva som sikrer et godt driftsopplegg, herunder god ledelse, og der det særskilt rettes fokus på å oppnå god samhandling. Det skal arbeides for å finne fram til pilotprosjekt der det skapes forståelse, forankring og forpliktelse for nye driftsformer og god ledelse.

Medarbeiderinitiert omstilling

Ansatte på alle nivåer sitter med uvurderlig kjennskap til hvordan helsevesenet virker. I bestillerdokument/oppdragsdokument og på foretaksmøter har departementet pekt på dette. Det er mange eksempler på at det gir gode resultater dersom denne kompetansen trekkes mer aktivt inn i omstilling og fornyingsarbeid. Det handler ikke bare om å bruke ressursene mer effektivt, men også hvordan brukerne kan møtes bedre og oppleve høyere kvalitet på tjenestene. Departementet vil arbeide for at det utvikles gode modeller for samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Åpenhet, tillit og legitimitet

Både fra departementets side og i helseforetakene har det i reformperioden vært oppmerksomhet knyttet til behov for tillit og legitimitet, og åpenhet rundt foretakenes virksomhet. Foretakene forvalter kritisk viktige velferdsoppgaver av stor betydning og interesse for befolkning så vel som offentligheten. Foretakenes agering vis-à-vis omverdenen har hatt en positiv utvikling og en rekke «åpenhetstiltak» og kontaktpunkter er etablert. Men det er fortsatt grunn til å markere dette som et viktig område med fortsatt behov for årvåkenhet og systematisk innsats i planperioden. Helse- og omsorgsdepartementet vil særlig trekke fram viktigheten av god prosesshåndtering og samhandling med ulike interessenter, inklusiv kontakt mot folkevalgte organer lokalt og i regionen. Det skal legges vekt på å systematisere arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. Tilsvarende viktig er systematisk arbeid med åpenhet og tilgjengeliggjøring av informasjon om foretakenes virksomhet inklusiv styrenes arbeid og pågående prosesser.

Videreutvikling av pasientenes/brukerorganisasjonenes posisjon i helseforetakene

Etter helselovene har brukeren rett til medvirkning og informasjon, bl.a. ved valg av behandlingsform. Men brukermedvirkning må skje på alle

nivåer; gjennom medvirkning i politikktutforming, påvirkning på systemnivå og medvirkning på individnivå. Helseforetaksorganiseringen har systematisert og styrket pasientenes posisjon i forhold til spesialisthelsetjenesten. Departementet har gjennom styringskrav pålagt at helseforetak og regionale helseforetak skal etablere brukerutvalg, og det er trukket opp retningslinjer for hvilken rolle utvalgene skal ha i foretakenes arbeid. En del av foretakene har også valgt å gi observatørstatus til brukerorganisasjoner i styrene. Det er etablert et sentralt kontaktforum for samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og brukerorganisasjonene. Departementet legger til grunn at denne bruken av brukerutvalg og samarbeidsorganer skal være fundamentet for samarbeid i helseplanperioden, og det skal fokuseres mer på å hente ut resultater av disse former for brukermedvirkning. Det vil bli lagt vekt på at departement, brukerorganisasjoner, og helseforetakene gjennomgår erfaringer med sikte på at svakheter skal identifiseres og forbedringstiltak gjennomføres.

Private virksomheters medvirkning i den offentlige helsepolitikken

Det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten ytes i all hovedsak i regi av det offentlige. Nær 96 pst. av all utredning og all behandling som utløser ISF-refusjon, skjer i offentlig regi. Avtalespesialister utgjør imidlertid en vesentlig og viktig del av spesialisthelsetjenesten. Til sammen utgjør legespesialister med driftsavtale 17 pst. av den samlede nasjonale polikliniske aktiviteten og 9 pst. av all spesialisthelsetjeneste.

Private avtalespesialister er en verdifull ressurs i spesialisthelsetjenesten. Det er en overordnet målsetning at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak (private avtalespesialister) skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det må også legges til rette for bedre å integrere disse med sikte på å oppnå en god oppgavefordeling i forhold til øvrig spesialisthelsetjeneste. Det opprettes få nye avtalehemler. Det kan synes som at dagens rammebetingelser ikke gir tilstrekkelig insentiv til å opprette nye avtalehemler og utlyse utløpte hemler. Departementet vil sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks «sørge for»-ansvar og for å videreføre ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister. De regionale helseforetakene, Sosial- og helsedirektoratet og profesjonsforeningene vil bli trukket inn i dette arbeidet. Arbeidet vil delvis kunne berøre rettslige interesser knyttet til etablerte avtaleforhold. Departementet vil vurdere en

tilsvarende gjennomgang av finansierings- og avtaleordninger for andre private aktører. Siktemålet må være å vurdere hvorvidt dagens system understøtter en god faglig helhetlig tjeneste.

Behovet for spesialisthelsetjenester skal primært løses gjennom god utnyttelse av det offentlige tjenestetilbudet. Ledig kapasitet i foretakene skal utnyttes best mulig, blant annet gjennom god arbeidsdeling i og mellom sykehusene. Private aktører er et viktig supplement til den offentlige helsetjenesten og skal fortsatt medvirke i det samlede tjenestetilbudet. Følgende forhold vil stå sentralt i departementets arbeid i helseplanperioden:

- sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av ideelle organisasjoner, skal sikres gode og stabile rammevilkår i sine avtaler med det offentlige. Samarbeid og avtaleinngåelser mellom regionale helseforetak og andre private tjenestetilbydere skal også håndteres på en ryddig og god måte
- det tas sikte på en endring i forskrift om offentlig anskaffelser for å gi adgang til å kjøpe spesialisthelsetjenester også fra private kommersielle rehabiliteringsinstitusjoner uten å følge de detaljerte kravene i forskriften. Gjeldende rettslige krav til gjennomsiktighet, likebehandling og konkurranse, gjelder fortsatt
- i samsvar med Soria Moria-erklæringen er det lagt til grunn at omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus skal begrenses
- departementet vil sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks oppfyllelse av «sørge for» ansvaret og for å videreføre ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister

Helhetlige behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten

En helhetlig sykehusstruktur med hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling mellom sykehus supplert med distriktsmedisinske sentra/sykestuer, distriktpsikiatriske sentra og avtalespesialister skal gi pasientene helhetlige spesialisthelsetjenester. Sykehusene skal levere tjenester med gjennomgående god kvalitet og i henhold til dokumentert medisinsk praksis. Universitetssykehusene har særskilte oppgaver innen forskning og høyspesialisert behandling.

Departementet vil styrke styringen av høyspesialiserte tjenester og har bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide et forslag til en helhetlig plan for framtidig organisering av dette området. Planen må være dynamisk med utgangspunkt i at

tjenestetilbudene er i stadig endring som følge av den helsefaglig og medisinsk-teknologiske utviklingen, endringer i pasientvolum og kompetanseoppbygging. Sosial- og helsedirektoratet vil gjennomgå materialet og gi sine tilrådinger før departementet tar sin avgjørelse.

Fødetilbud

Kvaliteten på fødetilbudet er sentralt for tryggheten kvinnene opplever i en av livets mest sårbare situasjoner, og den er avgjørende for å gi barna en god start i livet. Det skal sikres nærhet til fødetilbudene. I Norge er det lagt opp til en desentralisert modell for svangerskaps- og fødselsomsorg. Stortinget har ved behandling av St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap, gjort vedtak om et desentralisert og differensiert fødetilbud, med kriterier for fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker.

I utviklingen av svangerskaps- og fødetilbudet skilles det nå mellom normale og kompliserte svangerskap og fødsler. Fødetilbud for lavrisikofødsler/fødestuer bør være tilgjengelige, desentralisert ved de fleste lokalsykehus og som del av lokalsykehusfunksjonen ved de store sykehusene. I tillegg bør det være fødestuer lokalisert utenfor sykehus der avstandene er store. Kontinuitet og trygghet for kvinnene er karakteristisk for en svangerskaps- og fødselsomsorg av høy kvalitet. Det må derfor legges vekt på at det skal være en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselstjeneste. En viktig del av en framtidig utvikling av et godt fødetilbud vil derfor være å utvikle denne helheten, i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Akuttfunksjoner

Tilgang til akuttfunksjoner er grunnleggende for befolkningens trygghet. Folk skal vite at hjelpen er der, når akutt skade eller sykdom oppstår. Akuttfunksjonen ved lokalsykehusene må ses i sammenheng med de øvrige delene i den akuttmedisinske kjeden, og det er helheten i denne behandlingsskjeden som er avgjørende for et godt innholdsmessig tilbud. Den akuttmedisinske kjeden omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunehelsetjenestens legevakt, ambulansetjenestene (land, sjø og luft) og i tillegg akuttberedskap ved sykehus. De prehospitaltjenestene skal bringe pasientene til riktig behandlingssted ut fra tilstand og antatt diagnose. Svært ofte vil dette være nærmeste sykehus, men arbeidsdeling og forskjeller i kompetanseprofil mellom sykehus i foretaksområdet eller på tvers av foretaksområder, og behovet for spesialisert kompetanse ved ulike sykdoms- og skadetilfeller

vil også tilsi direkte transport til andre sykehus. Særlig ved sjeldne akutte kirurgiske tilstander er det kritisk viktig å komme til riktig behandlingssted innen kort tid, og da vil det ofte være luftbåren ambulansetjeneste som er hensiktsmessig. Ved enkelte tilstander som krever avansert behandling der flere spesialister inngår, kan det gi tidstap dersom pasienter legges inn ved sykehus som ikke kan tilby dette. Dette tilsier at omfattende akuttberedskap i mange medisinske spesialiteter bør være ved de større, mer spesialiserte sykehusene. Det er ikke alltid faglig hensiktsmessig, og vil heller ikke gi god faglig kvalitet å ha fulldøgns akuttberedskap i mange medisinske spesialiteter ved små sykehus.

Også innen akuttmedisinen er det behov for sammenhengende behandlingsskjeder, basert på god faglig praksis, der de ulike leddene har spesifikke oppgaver. Det er behov for å samordne kommunehelsetjenestens legevakt, den prehospitalt beredskapen og akuttberedskapen ved de øvrige sykehusene. Utvikling av gode ordninger for å ivareta en helhetlig god akuttjeneste bør stå sentralt framover.

Særskilt om lokalsykehus

Både befolkningens behov for helsetjenester og den medisinskfaglige utviklingen gir et godt grunnlag for å utvikle livskraftige lokalsykehus. Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner kjennetegnes ved at de tilbyr spesialisthelsetjenester til befolkningen i et spesifikt opptaksområde. Lokalsykehus skiller seg således f. eks. fra spesialsykehus, som har som hovedoppgave å ivareta nisjefunksjoner for elektiv virksomhet innen definerte fagområder. Lokalsykehus skal være reelle sykehus som skal ha et innhold ut fra befolkningens behov, og ut fra en oppgavefordeling der lokalsykehusenes tilbud er kvalitetsmessig forsvarlig og godt. De fleste som legges inn på sykehus, kan få sin behandling på lokalsykehusnivå. Det legges opp til å opprettholde et desentralisert sykehusstilbud. Ingen lokalsykehus skal nedlegges. Arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus skal videreføres.

Den framtidige lokalsykehusutviklingen skal ha fokus på pasienttilbudet, i et videre perspektiv enn institusjonene / bygningene, og bør romme organisatoriske modeller, arbeids- og ansvarsformer som er tilpasset befolkningens behov og dagens kunnskap, teknologi og kompetanse hos personalet.

Ofte framstilles det som om det er en motsetning mellom faglige hensyn og hensyn til effektiv ressursbruk. I mange tilfeller eksisterer ikke en slik motsetning, og utfordringen ligger i å utnytte de faglige mulighetene, også i et desentraliseringsperspektiv. Det er viktig at lokalsykehusene, med

nærhet til pasientene og kommunehelsetjenesten, representerer en trygghetsbase for befolkningen. Dette gjelder også for befolkningen i de store byene, som skal ha tilgjengelige lokalsykehustjenester når behovet oppstår.

Lokalsykehusenes innhold

Det er en stor utfordring framover for spesialisthelsetjenesten å gi pasienter med kroniske sykdomstilstander og syke eldre med sammensatte lidelser en tjeneste med god tilgjengelighet/kapasitet og kvalitet. Lokalsykehustjenestene må konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, til pasienter som trenger tett oppfølging, og der behandlingen krever en generell tilnærming, og ikke utpreget spisskompetanse. Dette er oppgaver som samlet sikrer lokalsykehusene som reelle sykehus. Videre vil departementet følge opp Nasjonal helseplan med et arbeid for å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og den samlede behandlingsskjede. Departementet mener det er viktig at sentrale aktører deltar i arbeidet og vil invitere representanter for helseforetakene, pasientorganisasjoner, berørte kommuner, næringsliv og faglige organisasjoner til å delta. For å sikre framdrift for helseforetakenes strategiprosesser, skal gruppens anbefaling foreligge tidlig i 2007.

Lokalsykehusfunksjonene bør i større grad fokuseres også ved de store sykehusene. Organiseringen ved de store sykehusene gjenspeiler i stor grad de ulike medisinske spesialitetene, og disse sykehusenes høyspesialiserte tilbud. Lokalsykehusfunksjonene, som ofte har det største behandlingsvolumet, bør i større grad være innrettet på å gi pasientene et helhetstilbud. Organisering og personellsammensetningen i lokalsykehustjenestene både ved store og små sykehus bør gjenspeile pasientenes behov for en generell og helhetlig tilnærming. Særlig viktig er dette for pasientgrupper med sammensatte sykdomstilstander.

Lokalsykehusene skal også kunne tilby pasientene utredning og diagnostisering, og sende videre de som trenger mer spesialiserte undersøkelser og behandling. Gode metoder for å stille mest mulig presise diagnoser, herunder å avklare om pasienter skal sendes videre, er sentralt i denne sammenhengen, jf. også kapitlene om kvalitet kap. 6.4.1 og kapitlet om prehospital akuttjenester, kap. 6.4.8.

Lokalsykehusene – del av behandlingsskjeden

Lokalsykehusenes tjenester vil inngå i den helhetlige behandlingsskjeden. Mange pasienter vil ha behov for oppfølging både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter vil

også ha behov for tjenester på flere nivåer i spesialisthelsetjenesten, jf. f.eks. kreftpasienter som får utført kirurgi ved spesialiserte sykehus, mens oppfølgingen skjer ved lokalsykehuset/poliklinikk.

Velfungerende samhandlingssystemer er viktig for en moderne og profesjonelt fungerende helse-tjeneste, jf. kap. 6.3.4. Lokalsykehustjenestene vil være spesialisthelsetjenestens bindeledd til kommunehelsetjenesten, og vil sammen med kommunehelsetjenesten stå for den praktiske samhandlingen om pasientgrupper og enkeltpasienter.

Sett fra pasientperspektivet kan nærhet til tjenesten være en svært viktig dimensjon, særlig for pasienter som er avhengige av en svært tett oppfølging, eksempelvis dialysepasienter eller kreftsyke i livets siste fase. Dette er begrunnelser for også å desentralisere lokalsykehusenes tjenester videre til sykestuer og distriktsmedisinske sentra, og også tilby sykehustjenester i pasientens hjem. Ambulante team er utviklet eksempelvis innenfor tjenester til syke eldre, til psykisk syke og til kreftpasienter. Denne type desentraliserte tjenestetilbud er eksempler på at grensene mellom behandlingssystemene viker til fordel for en sammenhengende behandlingsskjede der pasientenes behov settes i sentrum.

I en helhetlig behandlingsskjede, vil det skje medisinske nyvinninger som vil medføre behov for endringer i oppgavefordelingen både mellom nivåer innad i spesialisthelsetjenesten, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er argumenter som tilsier at det ikke legges opp til en spesifikk organisasjonsmodell som blir førende for innholdet i behandlingstilbudet ved alle lokalsykehus. Det bør i stedet gis rom for en fleksibilitet i organisering og oppgavefordelingen mellom de ulike delene av helsetjenesten. Arbeidet med bedret arbeidsdeling mellom sykehusene for å fremme styrket kvalitet i tilbudet skal fortsette.

6.3.4 Helhet og samhandling

Mangel på samhandling innad i og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester er kanskje den største utfordringen helsetjenesten står overfor. Dette framheves blant annet i en evalueringsrapport fra Agenda og Muusmann (Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet – en evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer, november 2005) og støttes av pasienter, tjenesteytere og forvaltning som har gitt innspill til Nasjonal helseplan. Wisløff-utvalget (NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste) påpeker at det er store forskjeller i hvordan samhandlingen fungerer i

ulike deler av helsetjenesten. Utvalget viser til flere gode eksempler på at samhandling er godt innarbeidet, men også til at samhandling svikter på en rekke områder både i enkeltsaker og på systemnivå. Rapporter fra Statens helsetilsyn bekrefter et slikt bilde.

Det er et viktig helsepolitisk mål å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, særlig for pasientgrupper med behov for sammensatte tjenester over lang tid. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, som Sosial- og helsedirektoratet utga i 2005, anses samhandling for å være en grunnleggende forutsetning for kvalitet i helsetjenesten.

Stortinget har i anmodningsvedtak nr. 528 av 16. juni 2005 bedt Regjeringen legge fram en sak for Stortinget om samhandlingen mellom helsetjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten ut fra målsettingen om at økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester ved stor geografisk avstand til sykehus kan bidra til å utjevne forskjeller i tilgangen til spesialisttilbud i befolkningen. Nasjonal helseplan skal følge opp dette ved å sette overordnede mål og føringer for å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet til enkeltpasienter og pasientgrupper. Utfordringene er knyttet til at antall mennesker med langvarige sammensatte lidelser øker, at helsetjenesten er delt inn i flere organisatoriske nivåer, den består av mange faglige spesialiteter og har et stort antall tjenesteytere med ulik utdanning og arbeidsformer. Sett fra pasientens ståsted er en slik inndeling vellykket bare når aktørene samarbeider og forholdene er lagt til rette for god samhandling.

En annen viktig utfordring er at stadig flere har behov for hjelp også fra andre etater i forbindelse med f. eks. utdanning, arbeid og bolig. Alle tjenestene må være faglig koordinert og de må gis til riktig tid. Samarbeid med bl.a. arbeidslivet og strategier for å legge til rette for arbeidsutøvelse, blir derfor viktig for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud til den enkelte.

For å møte utfordringene vil departementet rette særskilt oppmerksomhet mot tiltak som understøtter bedre samhandling i helsesektoren og mellom helsetjenesten og andre sektorer.

Status og utfordringer

Det er etablert en rekke ordninger for å understøtte samhandling på tvers av enheter og nivåer. Eksempler på dette er samarbeidsavtaler, samarbeidsfora, legenes praksiskonsulentordning, ambulante team, IT-basert kommunikasjon og systematisk arbeid med gjennomgående pasientforløp. Videre har fylkesmannen oppgaver knyttet til

samhandling. Eksempler på organisatoriske endringer som fremmer samhandling kan være utvikling av lokalsykehusfunksjoner, desentralisering av spesialisthelsetjenester, samlokalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, fellesarenaer for fagfolk med beslektede fagområder (eldrepoliklinikk med psykiater, geriater, mfl.) og hospiteringsordninger. Lov- og forskriftsfestede ordninger som skal bidra til å ivareta helhet og sammenheng i tilbudet til den enkelte pasient er for eksempel fastlege, pasientansvarlig lege, pasientjournal med behandlingsplan, henvisning og epikrise samt individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det stilles særskilt krav til planlegging og samarbeid om brukere med behov for rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Wisløff-utvalget framhever at samhandlingspotensialet i flere av disse ordningene ikke utnyttes godt nok.

Arbeid og helse

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten har for en stor andel av sine brukergrupper viktige sammenfallende målsettinger med Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Nye muligheter som åpner seg ved etableringen av NAV, må utnyttes til å videreutvikle kvalitet og mer helhetlige tilbud i samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten og NAV. Målet om å få flere i arbeid og færre på passive stønader kan ikke nås uten et løpende samvirke mellom NAV og det arbeidet som utføres av arbeidsgivere og arbeidstakere, partene i arbeidslivet og andre myndigheter. Det vil særlig på arbeidsmiljø-, helse/rehabiliterings- og utdanningsfeltet være sterk sammenheng mellom den kommunale helse- og sosialtjeneste, NAV og andre aktørers ansvar og oppgaver og dermed et utstrakt behov for samarbeid og samordning.

Hva kan gjøres for å få bedre helhet og samhandling?

Bredden i problemstillingen viser at det ikke er et enkeltstående grep som skal til for å bygge en helhetlig helsetjeneste med god samhandling. Wisløff-utvalget legger til grunn at mange av samhandlingsutfordringene må løses lokalt og i den utøvende tjenesten. Utvalget viser til at det en del steder er inngått samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak, og til at det er etablert systematiske samhandlingsmønstre overfor enkelte pasientgrupper. Samtidig betoner utvalget at utviklingstiltak for bedre samhandling må være forankret i en overordnet organisatorisk struktur

for å sikre nødvendige rammebetingelser og ledelsesmessige forankring. Denne problemstillingen er fulgt opp av en arbeidsgruppe som har sett nærmere på organisatoriske vilkår for bedre samhandling. Arbeidsgruppen legger til grunn at det bør satses på tiltak som både er forankret i praksisfeltet og som er av overordnet organisatorisk karakter. Hensikten er at de overordnede organisatoriske tiltakene skal gi gode rammebetingelser for samhandling, og dermed bidra til en sterkere samlet effekt av de enkeltstående praksisnære tiltakene. Dette legges til grunn for departementets videre arbeidet på feltet.

I helseplanperioden vil det arbeides bredt med samhandlingsproblematikk. Samhandling må inngå som en naturlig del av tjenestenes arbeid, og det må etableres en kultur hvor samhandlingsaktiviteter verdsettes og etterspørres. Likeverdig partnerskap og gjensidig respekt mellom de samarbeidende aktørene er sentralt for å lykkes. Alle elementer i en helhet er viktig, samt etablering og vedlikehold av god samarbeidskultur. Ivaretagelse av dette krever en tydelig og bevisst ledelse på alle nivåer. På samme måte som kriseteam i akuttmedisin utarbeider rutiner for samhandling, øver og evaluerer, må andre deler av tjenestene utvikle virksomheten sin ut fra en tilsvarende forståelse. For å understøtte denne utviklingen vil det også være behov for forskning på ulik organisering av helsetjenester og samhandlingsmodeller gjennom helsetjenesteforskning, jf. kapittel 6.4.3 om forskning. Videre vil problemstillinger knyttet til samhandling inngå som vesentlig element i arbeidet med kvalitet og prioritering. Dette arbeidet gis særskilt oppmerksomhet gjennom Nasjonal helseplan, se bl.a. omtalen av et nytt nasjonalt råd for kvalitet og prioritering kap. 6.4.1.

Departementet legger vekt på disse strategiene i arbeidet med samhandling:

Pasientnære strategier

Som nevnt tidligere utnyttes ikke samhandlingspotensialet godt nok i flere lovregulerte og andre myndighetsforankrede tiltak som f.eks. pasientansvarlig lege, samhandling for brukere med behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester, samarbeidsavtaler mellom distriktpspsykiatriske sentre og kommuner m.m. I denne sammenheng står arbeidet med individuell plan i en særstilling.

Det er etablert en rekke fora hvor samhandling er en naturlig del. Fastlegene er gitt en viktig portnerrolle i den samlede helsetjenesten, og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) som er etablert i 70 pst. av kommunene, anses for å være et velegnet forum for dialog og samhandling mellom fastlegene og

kommunen. Norges forskningsråds evaluering av fastlegeordningen viser samtidig at det er potensial for bedre samhandling mellom fastleger, den kommunale pleie- og omsorgssektoren og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. eldre brukere, personer med oppfølgingsbehov etter behandling i spesialisthelsetjenesten og personer med psykiske lidelser, jf. kap. 6.3.2 Den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Det er et lederansvar på alle nivåer å sørge for at de lov- og myndighetsbestemte tiltak følges opp, og det påligger den enkelte å identifisere områder med svikt. Pasienterfaringer vil her være sentrale for å forbedre praksis. Departementet vil ha en intensivt oppfølging av slike tiltak. Det vises også til arbeidet med en utvidelse av pasientombudsordningen og en ny felles lov om sosial- og helsetjenesten i kommunene, jf. kap. 6.3.2 Den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Som et ledd i arbeidet for bedre samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenestene, vil departementet følge opp med sikte på at det faglige nivået i behandlingen i sykehjemmene høynes.

Behandlingskjeder

Pasientforløp eller behandlingsskjeder er en måte å se pasienten i et helhetlig forløp uavhengig av tjenestenivå. Selv med store individuelle variasjoner mellom pasienter kan flere pasienters problemstillinger løses på en forløpsmessig relativt lik måte i og mellom de enkelte enhetene. Dette gjelder både planlagte forløp og akuttforløp. Det betyr ikke at pasientene får samme behandling, men organisering av tjenestene til den enkelte kan ha felles løp.

En utfordring når det gjelder å kartlegge pasientforløp er manglende datagrunnlag. Dette gjør det vanskelig å beskrive helhetlige behandlingsskjeder over forvaltningsgrensene. En arbeidsgruppe bestående av Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Sosial- og helsedirektoratet har kartlagt oppgavefordelingen mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten (Kartlegging av oppgavefordelingen mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjeneste, februar 2006). Gruppen viser til at det vil komme en styrking av datagrunnlaget med IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk), men at dette ikke er tilstrekkelig for å dekke behovet for å få til helhetlige analyser av pasientforløp. I det videre arbeidet med IPLOS vil departementet vurdere mulighetene for å foreta slike sammenstillinger.

En konsekvens av å bruke pasientforløp for å sikre pasientene helhetlige og sammenhengende helsetjenester, er at forløpene kan få en viktigere

rolle som strukturerende element i utforming av tjenestetilbudene, mens inndeling i avdelinger, klinikker, institusjoner m.m. kan få noe mer redusert betydning. Det blir med andre ord mer oppmerksomhet på hvordan tjenestene kan sette sammen kvalitativt gode og effektive behandlingsforløp innen eksisterende organisasjonsstruktur, enn oppmerksomhet på selve organisasjonen. Samtidig understrekes det at organisatoriske enheter fortsatt vil ha avgjørende betydning for ansvarsavgrensing, ledelse, økonomistyring, arbeidsmiljø m.m. og ha den samme viktige funksjon for den delen av tjenesten som utføres innenfor et ansvarsområde.

Å bruke behandlingsskjeder som strukturerende element i arbeidet for å skape helhet og sammenheng i behandlingstilbudet til den enkelte, anses for å være et nyttig verktøy. Departementet vil i planperioden understøtte dette arbeidet. Blant annet skal det legges særskilt vekt på samhandlingsutfordringer og helhetlige pasientforløp i utarbeidelsen av nasjonale faglige retningslinjer.

Samarbeid på nasjonalt nivå

Kommunal- og regionaldepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet skal arbeide videre, samt trekke inn andre aktører, for å finne fram til tiltak som kan bedre samarbeidet mellom den kommunalt forankrede helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Økt bruk av avtaler for å forplikte ansvarlige aktører

Departementet og KS er enige om å starte et arbeid med sikte på å inngå en overordnet avtale om samarbeid for bedre samhandling. Som et ledd i avtalearbeidet vil pasientorganisasjonene på en systematisk måte få anledning til å melde inn sine erfaringer om hvordan samhandlingen fungerer. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen, og skal gjelde spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Andre kommunale tjenester kan tas inn i avtalen dersom det er hensiktsmessig. Den nasjonale avtalen skal danne grunnlag for lokale avtaler mellom helseforetak og kommuner. En viktig hensikt med slike avtaler er å lage felles analyser av samhandlingsutfordringene og bli enige om strategier og tiltak. Departementet legger til grunn at avtalearbeidet vil kunne bidra til å avklare rammer og forutsetninger for ulike samhandlingstiltak.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Tekniske løsninger som legger til rette for at aktørene i tjenesten har tilgang til oppdatert informa-

sjon i møte med bruker/pasient, er vesentlig for god samhandling. I de senere årene er det satt i gang en rekke tiltak for å understøtte bedre IKT-koordinering som har hatt positiv effekt. For ytterligere omtale av departementets videre arbeid i planperioden på IKT-området, se kap. 6.4.4.

Vurdere revidering av forskrift

Som et ledd i arbeidet for bedre rammebetingelser for samhandling, vil departementet i dialog med berørte aktører vurdere hvordan forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer. Videre skal det vurderes om og ev. på hvilken måte det bør skje en endring i regelverket inn mot tjenestetilbudet for psykisk helse.

Systematisk bruk av tilbakemelding fra pasienter

Departementet vil drøfte det nærmere opplegget med pasientorganisasjonene for å finne fram til gode opplegg for medvirkning på de tiltaksområdene som er omtalt ovenfor.

6.4 Gjennomgående strategiske områder

I forgående kapittel ble helsetjenestens hovedområder presentert sammen med en beskrivelse av den gjensidige avhengighet mellom områdene og behovene for systematisk samhandling. I dette kapittel presenteres sentrale strategiske områder for hele helsetjenesten. For å utvikle den norske helsetjenesten er det viktig å etablere felles forståelse av status og utfordringer hos aktørene på disse strategiske områder og dernest synliggjøre utviklingstiltak og ansvar for gjennomføring av disse. På noen områder er det behov for at det på nasjonalt nivå tas ansvar for utvikling, koordinering og styring. Dette er områder som er viktige for å nå de overordnede mål for helsetjenesten og hvor ansvar for gjennomføring av tiltak er avhengig av en koordinert innsats.

6.4.1 Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering

Overordnede formål og rammeverk

Utgangspunktet for strategien er to sentrale helsepolitiske målsettinger:

- Helsetjenesten skal tilby befolkningen helsehjelp av god kvalitet
- Helsehjelpen skal være likeverdig fordelt

Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for

at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet. Kvalitet skapes i de mange daglige møtene mellom brukere av og utøvere i helsetjenesten. En serie prosesser skal koordineres godt for at kvaliteten på tjenestene skal bli god. Kvalitetsforbedring i helsetjenesten forutsetter derfor helhetlig innsats på mange områder og gjennom hele behandlingsskjeden.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, som Sosial- og helsedirektoratet utga i 2005, er et overordnet rammeverk som har til formål å understøtte sosial- og helsetjenesten i arbeidet med å utøve en helsetjeneste av god kvalitet. Strategien sier at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at tjenestene er:

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

At Nasjonal helseplan omtaler kvalitet og prioritering i samme strategi er uttrykk for at departementet mener at de prioriteringer som gjøres har betydning for kvaliteten. Med prioritering menes å gi noe forrang. Å prioritere innebærer å fordele og omfordele ressurser og tjenester, noe som samtidig betyr at noe prioriteres ned. Behovet for å prioritere oppstår når behovet eller etterspørselen er større enn det tilbudet som er mulig å gi, gitt eksisterende ressursrammer. Til tross for at Norge er blant de land som bruker mest ressurser på helse, er det et gap mellom folks etterspørsel etter helsetjenester, medisinske muligheter og ressursene som blir stilt til disposisjon. Drivkrefter som bidrar til dette er blant annet økt etterspørsel og økte forventninger hos «brukerne», sterkere pasientrettigheter, mer fokus på risiko for sykdom og flere eldre innbyggere. I tillegg utvikles nye og ofte kostbare tjenester for eksempel medikamenter med forebyggende, livsforlengende og lindrende effekt. Dette medfører at også Norge i framtiden må prioritere for å sikre at helseressursene brukes på en best mulig måte for hele befolkningen. Fordi aktiviteter som har som mål å fremme kvaliteten på ett område, kan bety kostnader som krever innsparinger på andre områder, er balansering av og prioritering mellom de seks kjennetegnene ved tjenester av god kvalitet nødvendig. Kvaliteten i helsetjenesten må vurderes ut fra i hvilken grad helse-

tjenesten som en helhet, gitt ressursrammer og øvrige rammebetingelser, gir den enkelte pasient best mulig helsehjelp, samtidig som helsehjelpen skal være likeverdig og rettferdig fordelt på tvers av brukergrupper, sosial status, kjønn, etnisitet og bosted.

Status og utfordringer

Kvalitet

Norsk helsetjeneste holder høy kvalitet i et internasjonalt perspektiv. Likevel må tjenestene kontinuerlig utvikles og forbedres. Tradisjonelt har kvalitetsarbeidet handlet om klinisk kvalitet, og mye kvalitetsarbeid har vært rettet mot å sikre høy faglig kompetanse hos tjenesteutøverne gjennom god grunnvidere og etterutdanning. Tjenesteutøverne har i høy grad selv tatt initiativ til og ansvar for kvalitetsforbedring gjennom faglige nettverk og arbeid i sine profesjonsorganisasjoner. Medisinske kvalitetsregistre er et eksempel på et nyere tiltak som er drevet fram av fagmiljøene selv. I 1995 kom den første nasjonale strategi for kvalitet i helsetjenesten. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995–2000 hadde som hovedmål at «alle som yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000». Lovfesting av krav om internkontroll og opprettelse av kvalitetsutvalg var ledd i dette. Strategien fra 1995 synliggjør at det å oppnå kvalitet på tjenesten også handler om kvalitetsforbedring av de prosesser og strukturer som omgir klinikerne. De senere år har etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer, utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og etablering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre stått sentralt i det nasjonale kvalitetsarbeidet. Dette er pedagogiske virkemidler som skal bidra til god praksis ved å styrke kunnskapsgrunnlaget for helsetjenesten og motvirke uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

En sentral utfordring for kvalitetsarbeidet i helsetjenesten er at den teknologiske og medisinske utviklingen skjer fort. Kvalitetsforbedring er derfor en kontinuerlig prosess som må forankres kulturelt og organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten, samt sees i nært sammenheng med forskning og utdanning. Vi har i dag kunnskap om status for enkelte sider ved de seks kjennetegnene ved god kvalitet i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, men mangler en systematisk oversikt. På de områder vi har kvalitetsindikatorer, er det betydelig variasjon i resultater. Variasjonen er større enn ulikheter i pasientsammensetningen og geografiske forhold skulle tilsi.

Prioritering

Helsepolitiske prioriteringer i Norge har tradisjonelt vært knyttet til å sikre målet om likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av diagnose, geografi, sosioøkonomisk status, kjønn og alder i en situasjon der etterspørsel er større enn tilbudet. Sterkere nasjonal styring og mer åpenhet om prioriteringer i helsetjenesten ble satt på dagsorden internasjonalt på 1980-tallet, og Norge var tidlig ute med å systematisere arbeidet med prioritering. Prinsippene for prioriteringer, dvs. tilstandens alvorlighet og nytte, som ble lansert av de to norske prioriteringsutvalgene, Lønning I og II, og i tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet og vitenskapelig dokumentasjon, som ble vektlagt i Lønning II, er senere i liten grad blitt utfordret på prinsipielt grunnlag. Prioriteringsforskriften er et eksempel på hvordan prinsippene er blitt operasjonalisert i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp for den enkelte pasient innen spesialisthelsetjenesten. Kriteriene inngår også i Legemiddelverkets kriterier for godkjenning for refusjon i henhold til legemiddelforskriften.

Få har i dag tro på at det er mulig å sette opp detaljerte nasjonale prioriteringskriterier for på den måten å løse prioriteringsutfordringene. Helsetjenesten er for komplisert til at enkle kriterier kan dekke alle situasjoner. Det må derfor alltid utøves skjønn. Denne erkjennelsen har bidratt til at det legges mer vekt på å legge til rette for legitime prioriteringer gjennom åpne prosesser. Etableringen av Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten i 2000 må forstås i en slik sammenheng. Erkjennelsen har også ført til mer vekt på prioritering gjennom kunnskapsbasert medisin og ved utforming av faglige retningslinjer som gir føringer for hvilke utredninger og behandlingstilbud som skal tilbys for ulike pasientgrupper. Det er også iverksatt tiltak for å skape mer enhetlig fortolkning av, og praksis i forhold til, prioriteringsforskriften.

Det er flere store utfordringer knyttet til prioriteringsarbeidet i helsetjenesten i årene fremover. En av de største utfordringene er manglende aksept i befolkningen, og hos enkelte aktører i helsetjenesten, for at prioriteringer er nødvendig. En felles forståelse av prioriteringsutfordringene er nødvendig for å få aktører til å ta et helhetlig ansvar for prioriteringer på eget nivå, i samsvar med nasjonale føringer og retningslinjer. En viktig forutsetning for prioriteringsarbeidet er kunnskap både om kostnader og nytte av tiltak i helsetjenesten og om faktiske prioriteringer. Det trengs derfor fortsatt satsing på helsetjenesteforskning, herunder helseøkonomisk forskning, jf. kap. 6.4.3.

En annen forutsetning for prioriteringsarbeidet er bedre samordning mellom nivåene. Bedre samordning og helhetstenkning vil legge til rette for bedre arbeidsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og er nødvendig for å sikre at prioriteringer skjer med utgangspunkt i pasientens behov for tjenester. Ett område der det er iverksatt tiltak for å bedre samordningen, er innenfor legemiddelområdet, hvor det er etablert et kontaktpunkt mellom ulike aktører som arbeider med legemiddelinformasjon. Legemiddelverket legger kostnad-nyttevurderinger til grunn for prioriteringsbeslutningene om opptak på forhåndsgodkjent refusjon (blå resept). Ett av målene for kontaktpunktet er å sikre at slike prioriteringer gjenspeiles i nasjonale retningslinjer for berørte terapiområder utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet.

En ytterligere utfordring for prioriteringsarbeidet er de relativt store, og trolig økende sosiale ulikhetene i befolkningens helse som er avdekket. Det er et mål å motvirke sosial ulikhet i helse ved å fange opp behovene til grupper i befolkningen med behov for særskilte tiltak, som for eksempel flyktninger, asylsøkere, innsatte, rus- og spilleavhengige. Det synes som om enkelte pasientgrupper lettere nedprioriteres enn andre, og det kan mistenkes at dette skyldes at det er en sammenheng mellom fagfeltens status og pasientenes sosioøkonomiske status. Det er derfor behov for en målrettet innsats for å sikre en bedre fordeling av ressursene mellom diagnose- og fagområder. Det er i dag store ulikheter hvordan forståelse og praksis i forhold til prioriteringsforskriften. Der er av den grunn igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, Riktigere prioritering, som skal bidra til mer enhetlig praksis. Det er også viktig å avdekke i hvilken grad andre helsepolitiske virkemidler, som finansieringsordninger og øvrige pasientrettigheter, bidrar til å skape og opprettholde sosial ulikhet i helse.

En ytterligere utfordring i planperioden er at prioriteringsdebatten i stor grad har handlet om kommune- og spesialisthelsetjenesten hver for seg. Det til tross for at mange beslutninger med stor betydning for kommunehelsetjenesten skjer i spesialisthelsetjenesten og motsatt. Et eksempel er fastlegens henvisningsatferd, som i tråd med deres portnerrolle, bestemmer etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Samtidig medfører mer poliklinisk og dagkirurgisk behandling av pasienter med sammensatte behov at kommunene får et større ansvar. Kommunene må dermed omprioritere sine ressurser.

Flere forhold representerer en utfordring for en helhetlig tilnærming i arbeidet med kvalitet og prioritering i helsetjenesten. For det første benyttes ulike styringsmodeller overfor spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og sosialtjenester (herunder fastlegene). Kommunene er et selvstendig forvaltningsnivå som har frihet og ansvar for å utforme sine tjenester mens spesialisthelsetjenesten i større grad er gjenstand for nasjonal styring. For det andre er det mange forhold som påvirker prioriteringene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, slik som pasientrettigheter, finansieringsordninger, nasjonale faglige retningslinjer osv. Et tredje dilemma er at det er forventet at ledere på alle nivå tar et helhetlig ansvar for ressurser og innhold, samtidig som det er en målsetting å ha et likeverdig tilbud på tvers av regioner og tjenestenivå. Et fjerde forhold er at helsetjenesten er en kunnskapssektor, der faglige kvalifikasjoner og engasjement hos den enkelte tjenesteutøver er nødvendig for høy kvalitet og riktige prioriteringer i tjenestene. Samtidig vil faglig engasjement tendere til å oppgradere eget fagfelt på bekostning av andre, og det faglige skjønn som utøves av tjenesteutøverne gir rom for praksisvariasjoner. Dette, samt det faktum at kvaliteten på tjenestene og de faktiske prioriteringene er avhengig av samarbeid mellom utøvere i flere avdelinger og på flere nivåer, tilsier at kvalitet og prioritering må være et lederansvar. I arbeidet med kvalitet og prioritering står man hele tiden overfor utfordringer knyttet til balansen mellom lokal frihet og regional og nasjonal styring og mellom faglig forankring og lederstyring. Denne balansen er krevende, og kan skape ansvarsuklarheter, og i enkelte tilfeller til et «svarteperspill» for å flytte ansvar og kostnader til andre.

Målsettinger for helsetjenestens arbeid med kvalitet og prioritering

Gitt det overordnede målet om å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet, rammeverket for helsetjenester av god kvalitet og de beskrevne utfordringene, kreves en samlet innsats på flere områder for å forbedre helsetjenestens kvalitet og prioriteringer. Vi vil vektlegge følgende mål for kommende fireårsperiode:

- mer enhetlige og koordinerte prioriteringer i primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder mer enhetlig fortolkning av prioriteringsforskriften i spesialisthelsetjenesten
- en faglig praksis som er i samsvar med oppdatert kunnskap for god og kostnadseffektiv praksis

- likeverdig fordeling av tjenestetilbudet på tvers av fagområder og diagnosegrupper innenfor og mellom helsetjenestens ulike deler
- at kvalitetsforbedring og prioritering blir en integrert del av tjenesteutøvelse og ledelse på alle nivåer i helsetjenesten, med solid forankring kulturelt og organisatorisk
- etablere systematisk rapportering av sentrale nøkkeldata som viser utviklingen i forhold til prioritering og kvalitet
- at kostbare metoder og investeringer underlegges en prosess for faglig og overordnet vurdering
- større åpenhet om feil og utilsiktede hendelser i helsetjenesten, slik at hendelsene kan benyttes til læring og forebygging

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

En helhetlig tilnærming i kvalitets- og prioriteringsarbeidet forutsetter tydelige ansvarsposisjoner og god samhandling i helsetjenesten, noe Nasjonal helseplan har som mål å bidra til. Kvalitets- og prioriteringsarbeidet bør ikke bare ta utgangspunkt i den enkelte avdeling, virksomhet eller behandlingsnivå. Det finnes imidlertid få organisatoriske treffpunkter for de ansvarsbærende aktørene i helsetjenesten. Flere instanser har tatt opp behovet for et nytt, overordnet organ med oppgaver innen kvalitet og prioriteringer. Agenda og Muusmann tok dette opp i sin evaluering av sykehusreformen. Det samme gjorde Nasjonal strategigruppe for prioriteringer ledet av direktøren i Helse Nord RHF. Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har også tatt til orde for et slikt organ. De ulike aktørene har imidlertid tatt til orde for ulike organisatoriske modeller.

For å tydeliggjøre de ansvarsbærende aktørenes roller og ansvar i kvalitets- og prioriteringsarbeidet, og for å bedre samhandlingen mellom nivåene og skape mer helhet i og åpenhet omkring kvalitets- og prioriteringsarbeidet i helsetjenesten, vil departementet etablere et nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet skal bidra til en samordnet innsats på tema av overordnet karakter hvor det er behov for drøfting på tvers av ansvarsposisjoner. Rådet vil ikke gi pålegg om oppfølging men skal skape åpenhet og legitimitet rundt vanskelige kvalitets- og prioriteringssaker. I rådet skal de ansvarsbærende aktørene komme sammen for i fellesskap å ta tak i sentrale problemstillinger knyttet til kvalitet og prioritering. Aktørene skal initiere faglige analyser og sammen vurdere ulike sider av sakskomplekset bla med utgangspunkt i Nasjonal helseplans målsettinger for kvalitet og prioriteringer.

Utredning av pasienters helsegevinst, kostnadseffektivitet samt total kostnader vil være sentralt som underlag for rådets vurderinger.

Som resultat av rådets arbeid vil det utarbeides en vurdering og anbefaling om oppfølging av det enkelte tema. Rådet vil håndtere komplekse og krevende problemstillinger og vurderingene må synliggjøre dilemma og usikkerhetsmomenter. Rådets medlemmer vil ut fra sin ansvarsposisjon på selvstendig grunnlag ta de initiativ de mener er nødvendig for oppfølging. Sosial- og helsedirektoratet vil, i tråd med sin rolle som nasjonal aktør ha et særlig ansvar for oppfølging av rådets anbefalinger som fordrer en koordinerende aktivitet.

Som ledd i arbeidet med å sikre en helhetlig tilnærming i kvalitets- og prioriteringsarbeidet vil departementet oppnevne et nasjonalt råd og utforme deres mandat.

Aktuelle tema:

- identifisere områder hvor det er, eller utvikler seg, uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder eller geografi
- vurdere spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/medikamenter
- vurdere fordeling og bruk av nasjonale kompetansesentra og landsfunksjoner
- vurdere behovet for utvikling av nasjonale retningslinjer
- vurdere arbeidsdelingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten

Formelle deltakere i rådet skal være de ansvarsbærende aktører i helsetjenesten, dvs. Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, kommunene (herunder fastlegene)/KS og universitetene/høgskolene. Det må tilstrebes likeverdighet mellom aktørene i representasjon. Brukerorganisasjonene skal være representert. De ansvarsbærende aktørene må gjennom lokale prosesser sikre tilstrekkelig faglig medvirkning og forankring, og bruke nødvendig ekspertise ved framleggelsen av saker. Rådet skal ledes av Sosial- og helsedirektoratets direktør. Rådet skal understøttes av en sekretariatsfunksjon som skal sørge for å innhente nødvendige utredninger og dokumentasjon for å belyse de tema som skal vurderes av rådet. Sekretariatet skal understøtte saksforberedelser initiert fra de ulike aktørene og legges til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Eksisterende råd tilknyttet Sosial- og helsedirektoratet, vil bli vurdert som følge av etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet vil bli gjenstand for evaluering i løpet av planperioden.

Innsatsområder i helseplanperioden

Kompleksiteten i dagens helsetjeneste er høy og det er krevende å endre faglig praksis. I arbeidet med kvalitet og prioritering er det derfor behov for å integrere flere elementer og arbeide etter flere modeller samtidig. Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger at man må videreutvikle og videreføre de strategier og systemer som har vist seg nyttige, samtidig som man utvikler nye strategier der det er behov. Direktoratets arbeid med nasjonal kvalitetsstrategi og oppfølgingen av denne er viktig. I tillegg vil departementet i helseplanperioden arbeide med seks områder, hvorav de fleste områdene er i samsvar med innsatsområdene i direktoratets arbeid med nasjonal kvalitetsstrategi.

Utvikling av grunndata og nøkkeldata/indikatorer

Gode grunn- og nøkkeldata er en forutsetning for å ha oversikt over status i forhold til kvalitet og prioriteringer, endringer over tid og forskjeller mellom lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. I pleie- og omsorgssektoren og i spesialisthelsetjenesten er det utviklet nasjonale indikatorer som skal kunne brukes av flere grupper av befolkningen for å sammenlikne tjenestetilbud, av eiere og politikere på ulike nivå som grunnlag for styring og av tjenestetøverne og ledere som grunnlag for kvalitetsforbedring. I helseplanperioden er det et mål å videreutvikle det nasjonale indikatorsystemet, slik at det blir et sett av overordnede nøkkeldata som sier noe om praksis i norsk helsetjeneste ut fra de seks dimensjonene ved god kvalitet. Dataene bør illustrere endringer over tid og ulikheter på tvers av fagfelt og geografiske områder. Erfaringene med dagens nasjonale indikatorer viser at det er vanskelig å finne gode indikatorer som treffer alle formål og målgrupper. Det er derfor behov for at indikatorene differensierer tydeligere mellom mål og målgruppe. Direktoratet vil, som ledd i sin «følge med»-rolle, ha den sentrale rollen i videreutviklingen av de nasjonale indikatorene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, med sin metodekompetanse, er en viktig samarbeidspartner. I tillegg til det nasjonale indikatorsystemet, er det et mål at ledere skal utvikle indikatorer som ledd i eget kvalitetsforbedringsarbeid, i tråd med internkontrollforskriften.

Utviklingen av nøkkeldata/indikatorer vil ta utgangspunkt i allerede eksisterende datakilder. For kommunesektoren vil dette være KOSTRA. Innføringen av IPLOS i kommunene fra 2007 gir muligheter for å utvikle indikatorer som gir informasjon om omfang og prioriteringer av pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Når det gjelder

allmennlegetjenesten, vil oppfølging av SEDA-prosjektet (Sentrale data fra allmennlegetjenesten) kunne danne grunnlag for nøkkeldata/indikatorer i denne tjenesten. I spesialisthelsetjenesten er Norsk pasientregister og nasjonale medisinske kvalitetsregistre sentrale og egnede kilder, på tross av utfordringer knyttet til datakvalitet og metode. Øvrige datakilder er de nasjonale helseregistrene og de nasjonale helseundersøkelsene. En særskilt utfordring er forskjellene mellom grunnlagsdata, rapporteringsordninger og nøkkeldata fra første- og andrelinjetjenesten.

God praksis

a) Nasjonale retningslinjer

Nasjonale retningslinjer er et viktig virkemiddel for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. Sosial- og helsedirektoratet har, innenfor rettslige rammer, en normerende rolle for helsetjenesten på tvers av helseregioner og tjenestnivå. Det er dermed den eneste aktør som har mandat til å lage nasjonale retningslinjer. Det er tid- og ressurskrevende å lage og ikke minst å oppdatere nasjonale retningslinjer/veiledere og å tilrettelegge for implementering av dem. Samtidig er det viktig at det finnes nasjonale retningslinjer på enkelte områder for å ivareta et likeverdig tilbud av god kvalitet. Det er et skille mellom nasjonale retningslinjer og de rutiner og retningslinjer som utvikles lokalt. Ledere i helsetjenesten har et ansvar for å implementere nasjonale retningslinjer i egen virksomhet.

For å klargjøre innhold og prosesser knyttet til utarbeiding av retningslinjer, er det behov for å gjennomgå rutinene for utvikling av nasjonale retningslinjer. Det må avklares hvilke prosesser og hvilke kriterier som skal ligge til grunn ved utvelgelse av områder for retningslinjer. Aktuelle kriterier er store sykdomsgrupper, stor ressursbruk, områder med fare for svikt i pasientsikkerhet, stor variasjon i praksis, behov for å tydeliggjøre oppgaver og ansvar og bedre samhandlingen mellom kommunale og spesialisthelsetjenester. Det må også konkretiseres hva som bør inngå i retningslinjearbeidet. Gjennom sammensettingen av gruppene som skal utarbeide retningslinjene må disse sikres tilstrekkelig faglig legitimitet, og det må være klare prosesser for hvordan sammensettingen skjer. Det bør videre lages flere forløp for å synliggjøre behov for flere typer dokumenter som kan være normerende (f.eks. sjekklister). Det kan også være behov for raskt å kunne lage faglige føringer. I disse tilfellene må det foreligge klare pro-

sedyrer som sikrer en raskere framdrift enn ved ordinære retningslinjer.

Retningslinjer må være kunnskapsbaserte, og de må ivareta de etablerte prioriteringskriteriene og andre etiske og samfunnsmessige hensyn. Kostnads- og effektvurderinger må inngå i alle retningslinjer/veiledere, likeledes en vurdering av totalkostnader ved innføring av anbefalingene. I henhold til utredningsinstruksen påhviler det statlige myndigheter et særskilt ansvar for å utrede administrative og økonomiske konsekvenser for anbefalinger som utarbeides. I rutinene for utarbeidelse av retningslinjer må det derfor tydeliggjøres hvilke økonomiske, organisatoriske og administrative konsekvenser retningslinjene får. Det er viktig at de som bærer kostnadene er involvert i prosessen. De prioriteringsmessige, etiske og samfunnsmessige vurderingene, og også implementering og oppfølging, må skje i dialog med ansvarlige aktører, og det må sikres brukermedvirkning.

I tillegg til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer er det behov for på nasjonalt hold å ha oversikt over det internasjonale tilfanget av retningslinjer, for å gjøre disse tilgjengelige for tjenesten. Internasjonale retningslinjer vil måtte vurderes i forhold til norske forhold. Å legge til rette for anvendelse av internasjonale retningslinjer vil være en felles oppgave for Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Helsebiblioteket er et viktig hjelpemiddel for å formidle oppdatert kunnskap, inkludert retningslinjer fra Norge og andre land.

b) God praksis og gode rutiner

Faglig dyktige tjenesteutøvere støttet av nasjonale faglige retningslinjer på utvalgte områder, danner grunnlaget for god praksis, men er ikke tilstrekkelig. Ledere på alle nivåer, fra toppledelsen i de regionale helseforetak og i kommunene, til den enkelte avdeling, har ansvar for å sørge for at tjenestene er i samsvar med god praksis slik at faglig forsvarlighet kan ivaretas. Internkontrollen er et lovpålagt lederverktøy i en slik prosess. Selv om formålet med internkontroll er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles, er den hensiktsmessig som rammeverk for alt kvalitetsarbeid. Sammenliknet med mange andre land har Norge en helse- og sosiallovgivning som legger listen for forsvarlig praksis høyt. God praksis er derfor kjernen i lovkravet om faglig forsvarlighet.

En viktig del av lederansvaret, jf. internkontrollforskriften, er å monitorere virksomheten

og velge ut områder hvor det er behov for forbedring. I slike prosesser kreves tett samhandling mellom ledere og medarbeider. Når tjenesteutøverne deltar i arbeidet med å evaluere og forbedre egen praksis, utvikles kompetanse og det skapes faglig forankring for kvalitetsarbeidet. I de tilfeller der helsetjenester leveres av private tjenesteytere, som har et selvstendig ansvar for å drive internkontroll, har ledere i den offentlige sektor ansvar for å sikre at kvaliteten ivaretas og at tjenesten innrettes mot prioriterte områder, gjennom de kontrakter som inngås.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan støtte helsetjenestens kvalitetsforbedringsarbeid ved å bistå med kunnskapsoppsummeringer og metodestøtte. Videre kan Kunnskapssenteret, ved Helsebiblioteket, publisere rutiner og metodebøker som kan være til hjelp og inspirasjon for å utvikle fagområder. I dette fag- og kvalitetsutviklingsarbeidet i regi av helsetjenesten er det likevel fortsatt aktørene selv som har ansvaret for den faglige kvaliteten på dokumentene og for oppfølgingen.

Det vil i helsetjenestens kvalitets- og prioriteringsarbeid ofte være behov for samarbeid på tvers av avdelinger, kommuner, foretak og tjenestenivåene. De samarbeidsfora som i dag er etablert, det foreslåtte nasjonale råd, det foreslåtte avtalesystemet (se kap. 6.3.4 Helhet og samhandling) og praksiskonsulent og praksiskoordinatorordningen vil bli viktige arenaer for kvalitetsutviklings- og prioriteringsarbeid. Viktig er også det kvalitetsforbedringsarbeidet som i dag pågår i kommunehelsetjenesten, herunder NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus), NOKLUS-klinikk og SEDA-prosjektet (Sentrale data fra allmennlegetjenesten).

c) Medisinske kvalitetsregistre

Departementet vil i helseplanperioden vektlegge arbeidet med å videreutvikle medisinske kvalitetsregistre. Medisinske kvalitetsregistre er medisinskfaglige redskaper der hovedformålet er kvalitetsforbedring og forskning. Medisinske kvalitetsregistre skal bidra til at helsetjenesten benytter de beste og mest virkningsfulle metodene. Det er derfor et mål å etablere gode nasjonale medisinske kvalitetsregistre for viktige fagområder. Sosial- og helsedirektoratet har avgitt rapport med forslag til framtidig prioritering av kvalitetsregistre, organisering, tekniske fellesløsninger, samt forslag til hjemmelsgrunnlag og forskrift for samtykkebaserte kvalitetsregistre. Forslagene har vært til høring. Høringssvarene støtter opp om arbeidet med kvalitetsregistre, men avdekker også behov for

å se nærmere på spørsmål knyttet til omfang av og prioriteringer av kvalitetsregistre som skal «oppgraderes» til å bli nasjonale medisinske kvalitetsregistre, samt forholdet mellom nasjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige nasjonale helseregistre. Det finnes i dag i overkant av 60 registre som kan betegnes som medisinske kvalitetsregistre.

Kvalitetsforbedring og forskning skal være kvalitetsregistrenes hovedformål. Dette fordrer god forankring hos tjenesteutøverne som skal registrere data og bruke dem i kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Dette er Helse- og omsorgsdepartementets begrunnelse for å legge databehandleransvaret for registrene i de regionale helseforetakene, med tilhørende ansvar for drift og finansiering. I de tilfeller der et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister kan hjemles i eksisterende sentrale/nasjonale registre (eks. kreft), kan det være aktuelt med en annen databehandleransvarlig.

Som databehandleransvarlig er det de regionale helseforetakene som har ansvar for å vurdere og bestemme hvem som skal ivareta databehandleroppgavene (driften). Dette bør gjøres i nært samarbeid med tjenesteutøverne. Hensynet til sikkerhet, personvern, økonomi, driftseffektivitet og kompetanse taler for å ha et begrenset antall driftsansvarlige som baserer seg på felles tekniske løsninger, samt løsninger som sikrer kort vei mellom forsker, legespesialist, IT-kyndig og statistiker.

Eksisterende kvalitetsregistre er forskjellige på flere områder, som hjemmelsgrunnlag, tekniske løsninger, datakvalitet og omfang. Departementet mener at metodiske, tekniske og juridiske løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre bør sees i sammenheng med tilsvarende løsninger for øvrige nasjonale registre. I størst mulig grad bør det satses på felles tekniske løsninger som ivaretar mulighet for kopling mellom kvalitetsregistre og mellom kvalitetsregistre og sentrale registre som for eksempel Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og Norsk pasientregister. I denne sammenheng vil man måtte vurdere tekniske løsninger som kan bygge på uttrekk av data fra et eventuelt personidentifiserbart Norsk Pasientregister, nasjonale sykdomsregistre og på sikt også innhente av data fra elektronisk pasientjournal (EPJ). De regionale helseforetakene vil, basert på overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet, få ansvar for at det utvikles felles tekniske løsninger.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er

helseregistre som må etableres og drives i henhold til helseregisterloven og øvrig regelverk. Hovedregelen er at helseregistre skal baseres på samtykke fra de registrerte. Det arbeides med å utarbeide en forskrift som kan gi hjemmelsgrunnlag for de fleste samtykkebaserte kvalitetsregistre. Utforming av sentrale deler av denne forskriften vil bero på innholdet i den kommende helseforskningsloven (jf. forslaget i NOU 2005: 1 God forskning – bedre helse). Utkast til forskrift om samtykkebaserte kvalitetsregistre vil derfor bli sendt på høring etter at forslag om ny helseforskningslov er fremmet for Stortinget.

For å styrke og understøtte det nasjonale arbeidet med medisinske kvalitetsregistre skal det etableres et nasjonalt servicemiljø med registerkompetanse og kompetanse på regelverk. Servicemiljøets hovedoppgave vil være å utøve registerfaglig rådgivning overfor de regionale helseforetak og skal kunne bistå med juridisk, datateknisk, forskningsmessig og kvalitetssikringsmessig kompetanse.

Pasientsikkerhet

Det er etablert flere ordninger for å fremme pasientsikkerheten i norsk helsetjeneste. Statens helsetilsyn fører tilsyn med at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte og forvalter meldeordningene etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og helsepersonellovens § 17 som plikter hhv. helseinstitusjoner og helsepersonell å melde hendelser som har eller kunne fått alvorlige konsekvenser for pasienten. Helsetilsynet i fylket behandler klager fra pasienter som opplever at de ikke har fått et tilfredsstillende tilbud. Pasientombudene kan bistå pasienter med å fremme slik klage, og Norsk pasientskadeerstatning kan tildele pasienter erstatning ved behandlingssvikt, uten å plassere ansvar. Internkontrollforskriften pålegger helsetjenesten å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt.

Anbefalingene om pasientsikkerhet fra WHO, EU og Europarådet tar til orde for meldesystemer som skal fremme læring og kjennetegnes av «No shame, no blame, no name». Videre er meldingssystemene ikke koplet til tilsynsmyndigheter. I tillegg fremheves betydningen av å analysere årsakene til hendelsene ut i fra et systemperspektiv fremfor et personperspektiv.

I helseplanperioden ønsker departementet en kulturendring i helsetjenesten. Det er behov for større erkjennelse av at feil skjer, samt større åpenhet om utilsiktede hendelser og nesten-hendelser. For å understøtte helsetjenestens arbeid med

dette, foreslår departementet at det etableres en nasjonal enhet for pasientsikkerhet fra 1. februar 2007. Midler til tiltaket er foreslått og omtalt under kap. 725, post 01. Enheten skal være uavhengig alle myndighetsorganer i helsetjenesten, og vil ha som formål å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Enheten skal utforme læringsinformasjon og fremme forslag til tiltak som understøtter helsetjenestens bestrebelser på å lære av feil, slik at praksis blir endret. Enheten vil også kunne adressere tiltak til nasjonale myndigheter. Sentralt i oppbyggingen av enheten blir å kartlegge og sikre seg at informasjonsinnhenting og innmeldinger til enheten gir tilstrekkelig grunnlag for å avdekke risikoområder og årsakene til disse. Det tas sikte på at enheten primært innhenter informasjon fra eksisterende meldeordninger lokalt, regionalt og nasjonalt, herunder de lovpålagte meldeordningene i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og helsepersonellovens § 17, samt regionale meldesystem som er i ferd med å etableres i flere regionale helseforetak, men at det er viktig å supplere innmeldinger som er nødvendige for å realisere enhetens formål, blir iverksatt. Enheten vil i startfasen ha fokus på spesialisthelsetjenesten, men det er et mål å videreutvikle den til også å omfatte de kommunale tjenestene. Enheten vil etableres i tilknytning til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

System for vurdering av medisinsk teknologi/medikamenter

Ny medisinsk kunnskap og ny teknologi er viktig for forbedringer i helsetjenesten. Norsk helsetjeneste skal bidra i utviklingen av medisinsk kunnskap og teknologi, bl. a. ved å satse på medisinsk forskning og på tilgjengeliggjøring av forskningsresultater, jf. kap 6.4.3. Nye medisiner og nye metoder er ofte dyrere enn de etablerte og de vil ofte være et supplement til eksisterende behandling. Kostnadene vil dermed øke totalt sett. Mange av medikamentene vil påvirke livskvalitet, men ikke nødvendigvis livslengde. I et prioriteringsperspektiv er det viktig at det gjøres en helhetlig vurdering av effekter og kostnader. Det er internasjonalt stor oppmerksomhet rettet mot å fange opp ny teknologi tidlig, slik at man kan iverksette kostnadseffektive tiltak så raskt som mulig, samtidig som man ikke utsetter pasienter for en behandling uten effekt eller med skadelig resultat. Det er viktig å sikre at ny teknologi, som finner veien inn i norsk helsetjeneste gjennom forskningsstudier, ikke blir etablert praksis før metodens nytte, skadelige effekter og kostnader er kartlagt. Med utgangs-

punkt i slik kunnskap, vil spørsmålene om implementering av nye og kostbare metoder være en viktig del av de prioriteringsbeslutningene som ledere i helsetjenesten skal fatte. Slike beslutninger må ta hensyn til målet om likeverdig tilbud på tvers av helseregioner. For beslutninger om hvor vidt medikamenter skal kunne forskrives på blå resept og gi rett til trygderefusjon, har man etablert prosedyrer for å vurdere kostnadseffektivitet. Det finnes ikke tilsvarende nasjonale prosesser i spesialisthelsetjenesten. Det skal også utvikles rutiner for å vurdere behov, kostnader og kostnadseffektivitet ved nye store investeringer i spesialisthelsetjenesten.

Det er allerede i gang prosjekter på dette området bl.a. i Kunnskapscenteret og i de regionale helseforetakene. Departementet vil i planperioden videreutvikle systemer som sikrer at ny medisinsk teknologi/medikamenter identifiseres og vurderes før de blir etablert praksis. Fordi innføring av ny teknologi skjer parallelt i mange land, er det viktig å trekke på kunnskap og erfaringer fra internasjonale nettverk.

Departementet vil etablere prosesser og metoder som sikrer:

- at ny og kostnadskrevende teknologi/medikamenter identifiseres
- at det skjer en rask vurdering av medisinske effekter og kostnader spesifisert for pasientgrupper, totale kostnader ved innføring, organisatoriske effekter m.m.
- vurdering av kostnader og nytte ved store nye teknologiske investeringer

Beslutningsgrunnlaget (effekt, kostnadseffektivitet/total kostnader osv) kan være tema i nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.

Styrke kompetanse og lederskap knyttet til kvalitet og prioritering

God kompetanse hos tjenesteutøverne og godt lederskap på alle nivåer i helsetjenesten er viktige forutsetninger for å nå målet om god kvalitet og riktige prioriteringer. Kvalitetsutviklingen av helsetjenesten må også sees i sammenheng med arbeidsmiljø og helsetilstanden til de ansatte i helsesektoren. Et tiltak for å oppnå god kvalitet i sektoren er å vektlegge godt arbeidsmiljø, også fordi dette forebygger sykefravær som er relatert til arbeidssituasjonen. Internkontrollforskriften pålegger ledere på alle nivåer ansvar for å identifisere områder hvor det er behov for kvalitetsforbedring og å initiere, koordinere og iverksette prosesser for å forbedre praksis. De har også ansvar for å sikre at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap

og ferdigheter og for å sørge for at de medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Det siste er viktige forutsetninger i kvalitets- og prioriteringsarbeidet, fordi god kvalitet og riktige prioriteringer krever faglig forankring gjennom deltakelse fra, og engasjement hos tjenesteutøverne. På denne måten skapes en kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedring og forståelse for og vilje til å arbeide for at prioriteringer skjer i samsvar med nasjonale mål og reguleringer. Sykehusreformen har lagt til rette for bedre ledelse gjennom en mer tydelig ledelsesstruktur i spesialisthelsetjenesten. Det må imidlertid arbeides videre for å understøtte denne strukturendringen. Det er blant annet behov for å styrke kompetansen om kvalitetsforbedring og prioritering, herunder om interkontrollforskriftens formål og innhold, både hos helsetjenestens ledere og tjenesteutøvere. Slik kompetansestyrking må skje både gjennom tjenesteutøvernes grunn-, videre- og etterutdanning, og gjennom de lederutdanningstilbud som er etablert som del av eller uavhengig av fagutdanningene. For eksempel har KS og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom flere år høstet gode erfaringer med lederutviklingsprosjektet Flink med folk for ledere på alle nivåer i pleie- og omsorgstjenesten. Anbefalingene fra arbeidsgruppene for de to innsatsområdene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten, forbedre ledelse og organisasjon og styrke forbedringskunnskap i utdanningene er viktige.

Akkreditering og sertifisering

Akkrediteringsordninger og sertifisering er verktøy som gir mulighet for en mer helhetlig systemvurdering. Akkreditering betyr godkjenning og skjer ved at et eksternt organ godkjenner at en virksomhet er kompetent til å utføre visse oppgaver i henhold til gitte standarder. Med sertifisering forstås at virksomheten har etablert og fått godkjenning av et kvalitetsstyringssystem etter gitte rammekrav. I Norge har vi så langt primært brukt pedagogiske virkemidler (retningslinjer) og satt standarder ved utvalgte kvalitetsindikatorer, men flere regionale helseforetak har innført eller arbeider med å innføre systemer for akkreditering/sertifisering på regionalt nivå. Å styre etter kvalitetsindikatorer kan oppleves som fragmentarisk. De fleste land som jobber systematisk med kvalitetsindikatorer bruker ulike former for akkrediterings-systemer for å få en mer helhetlig tilnærming til kvalitetsarbeid og oppfølging. Det finnes lite kunnskap om forholdet mellom kostnad og nytte/effekt av akkreditering. Departementet er i gang med å utrede bruk av akkreditering og sertifisering for å

vurdere dette som nasjonalt virkemiddel for oppfølging av kvalitet. En slik vurdering må sees i sammenheng med eksisterende lovkrav og lovdefinerte styringsprinsipper for helsetjenesten (internkontroll).

6.4.2 Personell og kompetanse

Helsetjeneste er kunnskapsvirksomhet – og personellet er den viktigste innsatsfaktoren. Den (formelle og reelle) kompetanse og den egnethet personellet har, utgjør grunnlaget for all verdiskapning i tjenesten. Helsetjenesten har samtidig viktige utdanningsoppgaver, både i forhold til grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning av personellet. Utdanning er en av fire lovfestede hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-5, 3-8 og 3-10), og finansieringen av utdanningsoppgavene inngår i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Kommunehelsetjenesten plikter også å medvirke til utdanning av personellet (kommunehelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2), og må ivareta utdanningsoppgavene innenfor sine rammebevilgninger.

Tilbudet av helsepersonell: kapasitet og innhold

Myndighetene har et overordnet ansvar for å dimensjonere enkelte av utdanningene for å bidra til å sikre tilstrekkelig og kompetent personell i helsetjenesten. Den enkelte virksomhet må imidlertid møte kompetansebehovet med et bredt spekter av tiltak. Virksomhetenes evne til målrealisering vil avhenge av i hvilken grad virksomheten klarer å rekruttere, disponere, forvalte og utvikle kompetansen gjennom videreutdanning og etterutdanning. Nedenfor benyttes begrepet personell eller helsepersonell som en samlebetegnelse på helse- og sosialpersonell, og begrepet tjeneste eller helsetjeneste som en samlebetegnelse på helse- og omsorgstjeneste.

Grunnutdanning

Dimensjoneringen av og innholdet i grunnutdanningene, er av sentral betydning for tilgangen på personell innenfor de ulike personellgruppene og for deres formelle kompetanse.

Det forventes at grunnutdanningene skal møte kompetansebehovene i helsetjenesten. Dette fordrer bl.a. kunnskap om forhold i og utenom helse-tjenestene som kan påvirke kompetansebehovet. Dette kan være faktorer som økonomiske, internasjonale og demografiske forhold, etterspørsel etter helsetjenester, sykdomsbilde, medisinsk og tekno-

logisk utvikling, samt politiske prioriteringer både hva gjelder innhold og struktur i helsetjenesten. Dette er komplekse sammenhenger og det er derfor mange avveininger som må foretas for å dimensjonere utdanningene og utforme det faglige innholdet. Slike endringer kan, i tillegg til å påvirke kompetansebehovet i tjenestene, også stille nye og andre krav til arbeidsformer, sammensetning mellom personellgruppene og organisering av tjenestene.

Dimensjoneringen av grunnutdanningene ved høyskolene og universitetene, blir innenfor rammen av Stortingets bevilgningsvedtak fastsatt av Kunnskapsdepartementet, etter samråd med Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene er pålagt å legge til rette for et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elevene/lærlingene/studentene, og dette formidles som styringskrav i det årlige oppdragsdokumentet. Kommunene har et tilsvarende ansvar knyttet til praksisplasser, men det formidles ikke konkrete styringskrav til den enkelte kommune.

Kvalitetsreformen er en reform av høyere utdanning i Norge. Sentralt i reformen står ny gradsstruktur, et felles karaktersystem og økt internasjonalisering. I 2003 ble det opprettet et eget uavhengig statlig organ (NOKUT – Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) som skal føre tilsyn med at utdanningene ved de ulike institusjonene har nødvendig kvalitet, og at det er etablert interne systemer for kvalitetssikring. Utdanningsinstitusjonene har betydelige frihetsgrader for selv å definere det faglige innholdet i utdanningene. Med hjemmel i universitets- og høgskoleloven, kan det fortsatt fastsettes nasjonale rammeplaner for utdanningene. For flere av høyskoleutdanningene som fører frem til autorisasjon, er nasjonale rammeplaner i stor grad videreført og beholdt. Utdanningene skal også oppfylle krav som stilles i aktuelle lover for yrkesutøvelse, spesielle direktiver fra EU og internasjonale konvensjoner.

Videre- og etterutdanning

Videreutdanning er formalisert tilleggsutdanning ved fagskoler, høyskoler eller universiteter. Betegnelsen etterutdanning benyttes om annen utdanning som bidrar til arbeidsrelatert kompetanseutvikling. Spesialistutdanningene for leger, tannleger og optikere er i ulik grad, praksisbaserte videreutdanninger, som leder til offentlig spesialistgodkjenning. I tillegg har flere yrkesorganisasjoner etablert egne «spesialistutdanninger» og godkjenningsordninger. Både videreutdanning og etterutdanning er ledd i personellens kompetanseutvikling, og gjennomføres som regel som et tiltak

i et arbeidsgiver-/ arbeidstakerforhold. Deltakelse i etter- og videreutdanning vil i stor grad avgjøres og bestemmes i et samspill mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, der det lokale/kommunale eller regionale kompetansebehovet er et viktig moment.

Flere kompetansegivende videreutdanninger er blitt omstrukturert til masterstudier, for eksempel gjelder dette videreutdanning i manuell terapi for fysioterapeuter.

Særskilt om legespesialistutdanningen

Når det gjelder legers spesialistutdanning, har Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret, og fastsetter både spesialitetsstruktur og spesialitetsregler. Spesialitetsstrukturen påvirker hvordan helsetjenestene organiseres. Pr i dag er det 30 hovedspesialiteter og 13 grenspesialiteter (indremedisin (8) og generell kirurgi (5)). Utdanningen frem mot ferdig spesialist tar om lag seks til åtte år. Legeforeningen har en sentral rolle i legespesialistutdanningen. I 1999 ble Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording etablert, som ledd i å styrke den statlige styringen med spesialistutdanningen og legefordingen. Nasjonalt Råd gir råd både til Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet i spørsmål knyttet til spesialistutdanningen og legefording. Departementet fastsetter årlig antall nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten (herunder utdanningsstillinger) fordelt mellom helseregionene og eventuelt mellom de ulike spesialitetene. De regionale helseforetakene fordeler stillingene i helseregionen og mellom spesialitetene. Dette systemet skal bidra til god utdanningskapasitet, samt understøtte god lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og spesialiteter. De regionale helseforetakene skal bidra til effektive utdanningsløp, samt iverksette rekrutteringstiltak dersom enkelte utdanningsstillinger viser seg vanskelig å bemanne.

Den teoretiske delen av spesialistutdanningen, som arrangeres i samarbeid mellom Legeforeningen og universitetene, har fått en stadig mer sentral del i utdanningen. Likevel er legespesialistutdanningen fortsatt en praksisnær utdanning, der det reelle innholdet i utdanningen i stor grad utformes i et samspill mellom legen under utdanning og spesialisthelsetjenesten. For å sikre kvaliteten i denne delen av utdanningen, er det etablert et kvalitetssikringssystem som bl.a. innebærer at de avdelinger som tar del i spesialistutdanningen, må godkjennes som utdanningsinstitusjoner.

Utfordringer

Tilgang på helsepersonell, dimensjonering av utdanningen

Sentrale faktorer i forbindelse med dimensjoneringen av grunnutdanningene ved universitetene og høyskolene, er antatte nasjonale behov for de ulike helsepersonellgruppene, samt også kapasiteten ved utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten som praksisarena. Dimensjoneringen av videreutdanningene og etterutdanningene er i stor grad styrt av kompetansebehovene i tjenestene, og innebærer at både helseforetakene og kommunene, som arbeidsgivere, har sentral innflytelse. I en særstilling står legespesialistutdanningen innen de sykehusbaserte spesialitetene. Denne utdanningen gjennomføres ved at legene tilsettes i utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten, og dimensjoneringen av utdanningsstillingene skjer i en kombinasjon mellom nasjonal styring (tildeling av nye legestillinger) og regional styring (fordeling av legestillinger).

Dimensjonering av utdanningene forutsetter et godt beslutningsgrunnlag og gode analyser. I vurderingen av det nasjonale behovet for de ulike helsepersonellgruppene, er utdanningskapasiteten i Norge, tilgang fra utlandet, avgang fra yrkene og personellens yrkesaktivitet sentrale momenter. På oppdrag fra departementene har Statistisk Sentralbyrå, utviklet en statistisk modell for grunnutdanningene med framskrivning av tilbud og etterspørsel av helsepersonell (Helsemod). Helsemod baserer seg på et utvalg forutsetninger som historisk har vist seg å ha størst innflytelse på etterspørselen av personell. Som grunnlag for dimensjoneringsbeslutninger, må Helsemod suppleres med vurderinger av de forutsetninger som modellen baseres på, samt forhold som ligger utenfor modellen, for eksempel politiske satsingsområder.

Når det gjelder legespesialistutdanningen i de sykehusbaserte spesialitetene, baseres fordelingen av utdanningsstillingene på innrapporterte behov fra hvert av de regionale helseforetakene. Nasjonalt Råd følger i tillegg stillingene i spesialisthelsetjenesten gjennom datasystemet, NR-databasen, og gir på denne bakgrunn departementet sin tilrådningsom fordeling av nye legestillinger.

Oppfølging i planperioden

Departementet vil vurdere hvordan dagens beslutningsgrunnlag for dimensjonering av utdanningene kan videreutvikles. Når det gjelder opplysninger om legestillingene i spesialisthelsetjenesten, skal det nåværende datasystemet (NR-databasen) videreutvikles. Dette skal skje på en måte som iva-

retar myndighetenes behov for å følge med på legestillingene, samtidig som systemet skal fungere som et styringsverktøy for helseforetakene

Kompetanse og kvalifikasjoner – innhold i utdanningene

Utdanningen av helsepersonellet, står i en viss særstilling, idet teoretisk læring ved utdanningsinstitusjonene kombineres med praktisk læring i helsetjenesten. Helsetjenesten har derfor et sentralt ansvar som praksisarena i utdanningene, og som nåværende eller framtidig arbeidsgiver eller avtalepart for det ferdig utdannede helsepersonellet. Helsetjenesten er i rask utvikling når det gjelder organisering og oppgavefordeling, teknologiske nyvinninger og medisinsk kunnskapsutvikling. Samtidig skjer det endringer i sykdomsforekomst og levekår som nødvendiggjør løpende vedlikehold og utvikling av personellens kompetanse. I tillegg er pasientenes egenmestring i hverdagen og behovet for samhandling i større grad vektlagt, og dette krever økt fokus på brukermedvirkning og samhandling. Det er derfor avgjørende at innholdet i utdanningene endres i takt med denne utviklingen.

Utdanningen av helsepersonellet består av en kombinasjon av teoretisk undervisning og praktisk læring. Av den grunn vil samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten utgjøre en viktig arena for å fange opp og formidle behov for et endret innhold i utdanningene. Universitetene, og også høyskolene, er i stor grad autonome, og er gitt det faglige, økonomiske og administrative ansvaret for utdanningene. Dette innebærer at universitetene selv fastsetter det faglige innholdet i utdanningene. I høyskolesektoren er den faglige friheten begrenset for utdanninger med nasjonale rammeplaner. Det overordnede nivået rammeplanene styrer på gir likevel institusjonene et betydelig handlingsrom. Det forutsettes imidlertid at institusjonene skal være lydhøre overfor og svare adekvat på kompetansebehov som kommer til uttrykk. I spesialisthelsetjenesten er det inngått avtaler og etablert samarbeidsorgan mellom utdanningsinstitusjonene og de regionale helseforetakene. Dette er arenaer som må tas i bruk for kontinuerlig å diskutere forholdet mellom innholdet i utdanningene og kompetansebehovet i tjenestene. Tilsvarende samarbeidsorgan er ikke etablert for den kommunale sektor, men det er viktig at eventuelle endringsbehov i kommehelsetjenesten også fanges opp. Dersom de påkrevde endringer krever endringer i nasjonalt fastsatte rammeplanene, må dette vurderes og fastsettes av Kunnskapsdepartementet etter samråd med Helse- og omsorgsdepartementet.

Når det gjelder legespesialistutdanningen, har som nevnt Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret, og fastsetter både spesialisetsstruktur og spesialisetsregler. En økende grad av spesialisering på den ene side og en utvikling mot behov for mer generalisert kompetanse i lokalsykehus på den annen, tilsier at det er behov for å se på spesialisthelseutdanningen i lys av dette.

Oppfølging i planperioden

Departementet vil, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, vurdere hvordan dagens systemer og prosesser kan forbedres slik at innholdet i utdanningene i størst mulig grad og til enhver tid, er i samsvar med helsetjenestens oppgaver og utfordringer.

Når det gjelder høyskoleutdanningene vil departementene vurdere hvordan de nasjonalt fastsatte rammeplanene, både prosess- og innholdsmessig, kan endres og forbedres.

I løpet av den kommende planperioden skal det også gjennomføres en materiell og teknisk revisjon av forskriften som regulerer legespesialistutdanningen. Samtidig vil departementet vurdere øvrige tiltak som kan bidra til at innholdet i spesialistutdanningen står i forhold til helsetjenestens oppgaver og utfordringer samt hensynet til effektive utdanningsløp. Dette vil bli gjort i tett dialog med aktørene.

Fordeling av personell

En uttalt målsetting for helsetjenestens virksomhet, er likeverdige tilbud av helsetjenester uavhengig av f.eks. bosted. En viktig forutsetning for å realisere denne målsettingen, er at helsetjenesten har et tilstrekkelig antall og kompetent personell – i alle deler av landet. I internasjonal sammenheng har vi i Norge samlet sett en god personelldekning. Vi har likevel utfordringer knyttet til å oppnå en fordeling av personellet som kan sikre et likeverdig tilbud av helsetjenester i hele landet. Fordelingsproblematikken er særlig knyttet til tre forhold; geografiske fordeling (nord/sør, sentral/distrikt), fordeling mellom fagområder og fordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor.

For enkelte yrkesgrupper, og særlig for leger og tannleger, har det vært vanskelig både å rekruttere og stabilisere lege-/tannlegedekningen i visse deler av landet. Dette gjelder i fastlegestillinger i enkelte kommuner, særlig Finnmark, Nordland og Sogn og Fjordane, men også i spesialisthelsetjenesten, for eksempel til lokalsykehus og distriktspsykiatriske sentra. Innenfor enkelte fagområder,

slik som rusomsorgen, psykisk helsevern, samt innen den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, har det vært rekrutteringsproblemer, selv om tilgangen på personell på landsbasis er god.

Norsk helsetjeneste har i lengre perioder vært preget av større etterspørsel enn tilbud på leger. Dette har vært en av begrunnelsene for å etablere og opprettholde fordelingsystemer for legene. Det nåværende fordelingsystemet for legene, ble etablert i 1999, og er lovfestet (spesialisthelsetjenesteloven § 4-2). Dette systemet gir departementet adgang til årlig å fastsette antall nye legestillinger fordelt mellom helseregionene og eventuelt mellom de ulike spesialitetene. Dette formidles i det årlige oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, sammen med øvrige styringskrav. Det tilligger de regionale helseforetakene å fordele legestillingene innad i helseregionen, og sørge for at fordelingsystemet overholdes.

I tillegg til legefordingssystemet, er flere andre stimulerings tiltak aktuelle. Eksempler på slike tiltak er ulike personelltiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse, særskilte tiltak innen allmennlegetjenesten i enkelte fylker og rekruttering av tannleger fra Tyskland. Når det gjelder den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er det siden 1998 årlig bevilget midler gjennom kompetanseplanen.

Et tilstrekkelig og kompetent helsepersonell er, og vil i de kommende årene, være en av de største utfordringene for helsetjenesten. Det forutsettes at helseforetakene og kommunene, som arbeidsgivere og avtaleparter, planlegger og eventuelt etablerer kompetansestrategier slik at tjenestens samlede kompetanse står i forhold til de oppgaver de har og de framtidige utfordringer de står ovenfor. Samtidig har helseforetakene og kommunene også utdanningsoppgaver, både som praksisarena og som arbeidsgiver for personellet. Myndighetenes utdanningspolitikk og kommunenes og tjenestenes kompetansestrategier kan innebære kryssende interesser. En god håndtering av koblingene mellom myndighetenes utdanningspolitikk på den ene siden, og tjenestenes kompetansestrategier på den andre siden, er en forutsetning for at vi kan få en god fordeling av personellet og realisere helsepolitiske målsetninger på nasjonalt nivå.

Oppfølging i planperioden

Departementet vil i planperioden vurdere roller, ansvar og oppgaver hos de ulike aktørene for å få mer målrettede og effektive tiltak virkemidler som kan bidra til en god fordeling av personellet. I den

forbindelse vil legefordingssystemet og også ansvarsdelingen mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt Råd for spesialistutdanning og legefording gjennomgå og nødvendige endringer bli iverksatt.

Særskilte kompetanseutfordringer – språk og kultur

Likeverdige helsetjenester forutsetter at pasienter og pårørende kan kommunisere med og forstå helsepersonellet som yter helsehjelp. Brukermedvirkning, og ikke minst pasientens rett til informert samtykke (til undersøkelse og behandling), kan ikke ivaretas med mindre pasienten og helsepersonell forstår hverandre. For å kunne forstå hverandre kreves kunnskaper i språk, kultur og flerkulturell forståelse.

Som urbefolkning har samiske innbyggere særskilte rettigheter regulert i norsk lov og i internasjonale konvensjoner. Lovgivningen har regler om kommunikasjon og informasjon på eget språk. Etter språkreglene i sameloven skal pasienter i språkforvaltningsområdet kunne bli betjent på samisk i kontakt med helsetjenestene, og helsepersonell skal påse at informasjon som gis er mottatt og forstått. I første omgang er dette et ansvar for forvaltningsnivå (som helseforetak og kommune) og for virksomhetene. Helsepersonellet i språkforvaltningsområdet er også forpliktet til å legge forholdene til rette for god kommunikasjon for den samiske befolkning. Dette innebærer at tolk skal brukes, dersom personellet selv ikke behersker samisk.

Vi har en økende innvandring til Norge. Innvandrerbefolkningen utgjør 7–8 pst. av befolkningen. I deler av Oslo utgjør innvandrerbefolkningen over 30–40 pst. Dette tilsier at behovet for språk- og kulturkunnskap i helsetjenesten er økende. Regjeringens handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen omfatter en rekke tiltak som skal bidra til bedre norskkunnskaper og til kvalifisering til yrkesaktivitet. Et av tiltakene i handlingsplanen er å styrke tolkeutdanningen. En økende innvandrerbefolkning utgjør viktige ressurser i arbeidslivet, også i helsetjenesten. Både den kommunale pleie- og omsorgstjeneste og sykehusene i storbyene er virksomheter hvor medarbeidere fra mange land har sin arbeidsplass. Det flerspråklige og flerkulturelle får dermed større og større betydning når det gjelder likeverdige tjenester og brukerperspektivet. Dette gjelder etniske minoriteter som pasienter og pårørende og etniske minoriteter som helsepersonell overfor den norsk-etniske befolkningen.

Oppfølging i planperioden

Departementet vil i planperioden ha en økende oppmerksomhet rettet mot tiltak som skal bidra til å sikre likeverdige helsetjenester og ivaretagelse av brukerperspektivet overfor etniske minoriteter.

6.4.3 Forskning for bedre helse

Medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning gir ny kunnskap som er grunnleggende for utviklingen av helsetjenesten og sikrer høy kvalitet på forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie. Resultater fra langsiktig forskning fører til nye eller bedre behandlingsmetoder og -prosedyrer og bidrar til pasientsikkerhet. Dermed legger forskning grunnlaget for at behandlingen som gis er trygg, oppdatert og gir en helsegevinst. I tillegg bidrar forskning til økt kompetanse hos helsepersonell en kunnskapsbasert helsepolitikk og effektiv bruk av helseressursene.

Forskning på helse er et av de fire tematiske satsingsområdene som er trukket fram i forskningsmeldingen (St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning). I Soria Moria-erklæringen er styrking av forskning i helsetjenesten framhevet som et viktig mål.

En forutsetning for all forskning for bedre helse er at den er av høy faglig kvalitet. Ulike typer forskning fra flere fagområder og fagdisipliner er nødvendig. Dette omfatter grunnforskning, translasjonsforskning (brobyggingsforskning mellom grunnforskning og klinisk praksis) og studier av pasienter i ulike behandlings- og oppfølgingsfaser (kliniske studier), epidemiologisk forskning (utbredelse og årsaker til sykdom) og helsetjenesteforskning.

Helse- og omsorgsdepartementet og helsetjenesten har et særskilt ansvar for den pasientnære og praksisnære medisinske og helse- og sosialfaglige forskningen samt målrettet kompetansebygging i sektoren. Dette omfatter forskning på forebyggende tiltak og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten. De offentlige midlene til medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning finansieres i hovedsak av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Kunnskapsdepartementet finansierer bl.a. grunnforskning gjennom Norges forskningsråd og universiteter og høyskoler. Helse- og omsorgsdepartementet gir tilskudd til de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd og til underliggende etater som driver forskningsaktivitet og/eller bestiller forskning. Departementet finansierer også forskningsenheter knyttet til alternativ behandling, helsetjenester til den samiske befolkning, allmenntilleggsmedisin, lege-

vaktmedisin mv. I tillegg finnes også flere private finansieringskilder for forskning. Forskning i helsetjenesten er avhengig av et godt samarbeid med universiteter og høyskoler, som har forskning som en av sine hovedoppgaver.

Forskning i helsesektoren

Norge har i dag lavere forskningsinnsats målt i antall vitenskapelige publikasjoner, ressursinnsats og avlagte doktorgrader i medisin og helsefag enn de andre nordiske landene. Samtidig viser en analyse av forskning i kliniske fag 2000–2005 (NIFO 2006) at det er en positiv trend med økt forskningsaktivitet innen kliniske fag og helsefag de senere år. En evaluering av medisinsk og helsefaglig forskning fra 2004 (Norges forskningsråd) viste at flere forskningsmiljøer holder høy internasjonal standard. Samtidig pekte evalueringen på for lite tverrfaglighet, mange små forskningsmiljøer og manglende samarbeid, for lite translasjonsforskning, lite internasjonalt samarbeid og for dårlig tilgang på ekspertstøtte og teknisk utstyr.

Økt kunnskap om utbredelse, årsaksforhold og sykdomsmekanismer for de store folkesykdommene og for små og sjeldne sykdommer er en forutsetning for utviklingen av effektive forebyggings tiltak, tidlig diagnose og gode behandlingsformer. Slik kunnskap forutsetter flerfaglig tilnærming. Helseregistre og biobanker er særskilt viktige for å belyse årsakssammenhenger. For å styrke folkehelsearbeidet er det nødvendig med mer kunnskap om sykdomsforebygging, sammenhengen mellom adferd og helse og effektive helsefremmende tiltak (kosthold, fysisk aktivitet, røyking mv.). Det er også viktig å avdekke bakgrunnen for sosial ulikhet i helse, slik at det kan iverksettes effektive tiltak for å utjevne ulikheter. Her vil langsiktig og tverrfaglig forskningsinnsats være nødvendig, jf. kap. 6.3.

Forskning er en av sykehusenes fire hovedoppgaver. Universitetssykehusene er tillagt et særskilt ansvar for forskning. Forskning har vært et satsingsområde i helseforetakene. Det er etablert et delvis insentivbasert finansieringssystem for forskning i foretakene som skal ivareta behov for både strategiske prioriteringer og forskerinitierte studier. Etter sykehusreformen har antall publiserte vitenskapelige artikler og avlagte doktorgrader i helseforetakene økt. Helseforetakene bidrar i dag til om lag en fjerdedel av alle vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. I helseforetak uten universitetsfunksjoner er det likevel beskjeden forskningsaktivitet. Det er behov for å styrke forskningen ved lokalsykehus i nært samarbeid med universitetssy-

kehusene. I motsetning til spesialisthelsetjenesten er verken kommunene, fylkeskommunene eller de enkelte praksiser forpliktet til å drive forskning. Det store antallet kommuner og at helsepersonell i kommunehelsetjenesten er organisert i små private praksiser medfører at det er vanskelig å etablere en institusjonell overbygning for å organisere forskning av et visst omfang og kvalitet. Kunnskap fra andre behandlingsnivåer er ikke nødvendigvis direkte overførbart til allmennlegetjenesten. I tillegg er forskningsaktiviteten relativt lav. De kommunale sosial- og helsetjenestene har også vært viet liten forskningsmessig oppmerksomhet. Det gjelder både effektivitet og kvalitet i tjenestene og effekt av tjenester og tiltak for samfunnet og den enkelte bruker. Dette innebærer at disse tjenestene i dag har noen særegne utfordringer knyttet til organisering og styrking av den praksisnære forskningen. Forskningsaktiviteten i omsorgstjenestene er i dag uforholdsmessig lav i forhold til praksisfeltets behov og tjenestenes omfang, jf. omtale under kap. 6.4.2.

Mer og bedre helseforskning

Det er en nasjonal målsetning å øke forskningsaktiviteten – og samtidig sikre høy kvalitet og relevans på forskningen slik at tilgjengelige forskningsressurser utnyttes til beste for pasienten. Norsk helseforskning bør ha som ambisjon å være på høyde med de øvrige nordiske landene. Dette innebærer at forskning og forskerutdanning i helsetjenesten må prioriteres og ha en sterk ledelsesmessig forankring på alle nivåer i årene som kommer. Vi må sikre at vi utnytter og tar vare på de nasjonale fortrinn vi har både gjennom internasjonalt konkurransedyktige forskningsmiljøer og gjennom våre nasjonale helseregistre, biobanker og store befolkningsundersøkelser. Samtidig bør forskningsaktiviteten styrkes på områder der det er påvist kunnskapshull.

Nasjonalt må det etableres et godt samarbeid om forskning, forskerutdanning, forskningsveiledning og forskningsbasert innovasjon mellom helsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren. I tråd med dette planlegges nå etablering av forskningssenheter i allmennmedisin tilknyttet universitetene. Innenfor de kommunale tjenestene er det etablert seks undervisningssykehjem. Virksomheten er basert på avtaler om samarbeid mellom kommune/sykehjem, høyskole og universitet og bidrar til økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene gjennom forskning, fagutvikling og kompetanseheving. På sosialtjenesteforskningsområdet er det igangsatt forsøk Universitetssosialkontor med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning

og praksis i sosialtjenesten. I spesialisthelsetjenesten er det etablert formelle samarbeidsorganer med universiteter og høyskoler og iverksatt prosesser for samordning av nasjonale målesystemer for forskning.

Satsing på forskning i helsetjenesten skaper også behov for å etablere nye typer stillinger, for eksempel kombinerte stillinger i forskning og klinikk. Forskning og forskerkompetanse bør også gi uttelling i form av belønning og anerkjennelse. Det er også behov for økt forskningskompetanse hos spesialister i helsetjenesten. Her vil erfaringene fra pilotprosjekt i psykologi med kombinert utdanningsprogram for forsker- og spesialistutdanningen være viktige.

Utnyttelse av nasjonale fortrinn

Det er en utfordring å utnytte de nasjonale fortrinn vi har for klinisk og epidemiologisk forskning i Norge. Vi har flere internasjonalt konkurransedyktige forskningsmiljøer innen eksempelvis kreft, hjerte- og karlidelser, nevrofag og epidemiologi som må ivaretas og styrkes. Disse miljøene er viktige motorer for å styrke forskningsaktiviteten nasjonalt, og mange vil være sentrale for å styrke translasjonsforskningen. Disse miljøene må også ta et særskilt ansvar for etablering av faglige forskernettverk, jf. kap. 6.4.7.

Det er viktig å utnytte potensialet som ligger i ulike befolknings-, sykdoms- og kvalitetsregistre, biobanker, store befolkningsundersøkelser, et eventuelt personidentifiserbart pasientregister og på sikt elektronisk pasientjournal. Det gjennomføres eksempelvis mange små studier som ikke er store nok til å være generaliserbare. I tillegg har tilgjengeligheten til datamaterialet i nasjonale registre og biobanker ikke vært godt nok, og det har vært utfordringer knyttet til sammenstillingen av ulike datamaterialer. God organisering og bedre tilgang på data til forskning vil være viktige tiltak for gjøre å styrke forskningen i helsetjenesten.

Særskilt kompetanseoppbygging

Høy kvalitet i helsetjenesten forutsetter oppbygging av forskningsaktivitet og kunnskap innen de fleste medisinske og helsefaglige fagområdene og for de ulike pasient- og/eller sykdomsgruppene.

På enkelte fagområder eller for enkelte pasientgrupper er det påvist lav forskningsaktivitet i forhold til kunnskapsbehovet, og det må iverksettes tiltak for å styrke forskningen. Dette omfatter eksempelvis fagområder som psykisk helse, rusmidler, hvor det pekes på en rekke områder der forskningen er enten mangelfull eller fraværende,

forebygging (jf. kap. 6.3.1), rehabilitering, kroniske sykdommer, muskel- og skjelettlidelser, tannhelse og allmennmedisin (jf. kap. 6.4.2) og pasientgrupper som barn/unge, kvinner, etniske minoriteter og eldre. Viktige virkemidler for å styrke forskningsinnsatsen på utvalgte områder er nasjonale forskningsprogrammer og strategiske satsinger i regi av Norges forskningsråd eller underliggende etater og etablering av nasjonale kompetansesentra. Satsing på forskning kan også være en del av en mer helhetlig strategisk satsing på et fagområde eller en pasientgruppe.

Regjeringen vil styrke forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til omsorgstjenestene og eldreomsorgen. Det skal etableres regionale forsknings- og utviklingssentra for den kommunale helse- og sosialsektoren ved eksisterende forskningsmiljø ved høyskoler og legges til rette for en gradvis opptrapping av midler til omsorgsforskning og forskning på Eldres levekår og helse, med spesielt vekt på demenslidelser. Dette gjøres gjennom styrking av helse- og omsorgsforskningsprogrammet i Norges forskningsråd. For å styrke forskning på kvinnehelse og kjønnsperspektiv i forskningen er det etablert et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse. Tilsvarende er det etablert et nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse for å styrke språk- og kulturkompetanse i helsetjenesten. Nasjonalt forskningssenter for samisk helse, har i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennomført en omfattende helse- og levekårsundersøkelse. Resultatene fra undersøkelsen skal bidra til å få fram beslutningsgrunnlag og økt forskning på samisk helse- og sosialforhold. Forskning på Eldres sykdommer og helsetilstand, og hvordan samfunnet kan legge til rette for en aktiv alderdom og gode tjenester for denne gruppa vil være viktig for å møte det økende antall eldre. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har etablert en database hvor man følger 5000 personer over 40 år hvert femte år, som vil være et viktig virkemiddel for å styrke forskning på eldre, jf. St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening

Forskning til nytte for pasienten

Det hender at effektiv behandling tas for sent i bruk, at behandling uten dokumentert effekt brukes og at det er variasjon i behandlingsmetoder som anvendes i helsetjenesten. Et viktig tiltak for å sikre rask og likeverdig implementering av ny behandling med dokumentert effekt, er etablering av systemer for rask og systematisk sammenstilling og tilgjengeliggjøring og formidling av vitenskapelig informasjon. Tilgjengeliggjøring av fors-

kning og sammenstilling av forskningsresultater gir også et godt kunnskapsgrunnlag for framtidig prioritering av forskning og forhindrer unødvendig duplisering av forskning.

Den pasientnære/praksisnære forskningen – og kunnskapsbaserte oppsummeringer av denne – legger grunnlag for generaliserbar kunnskap om nytte av ulike forebyggings- og behandlingstiltak. I medisinsk praksis må den generelle kunnskapen tilpasses lokale behov. Dette er en del av kvalitetsutviklingsarbeidet. Det er et behov for at effekter av endringer i medisinsk praksis gjennom kvalitetsutviklingsprosjekter blir dokumentert etter aksepterte vitenskapelige metoder.

Det er viktig at allmennheten oppfatter forskningen som nyttig. Pasientene, brukerorganisasjonene og helsepersonell (fagorganisasjonene) bør bidra med innspill for å sikre prioritering av relevante forskningstema og spille en viktig rolle i gjennomføringen av pasientnære studier. Dette vil sikre at forskningen – og endepunktene for forskningen – framstår som relevant for pasienten og behandleren. Eksempelvis vil opplevd lidelse, livskvalitet og mestring være viktige endepunkter for mange med kroniske lidelser.

Etisk forsvarlig forskning

Samfunnet må kunne stole på at forskning utført i helsetjenesten er etisk forsvarlig. Det må derfor tilrettelegges for god forskningsetisk praksis. Gode rutiner og retningslinjer for design, gjennomføring og publisering av forskning er også avgjørende for tillitsforholdet mellom pasienter/forsøksdeltakere og helsetjenesten/forskningsinstitusjoner. Med bakgrunn i det fokus som har vært på behovet for god forskningsetisk praksis, har departementet uttykt at det skal foretas en gjennomgang og styrking av de kvalitetssikringssystemer som er etablert for forskning i helseforetakene. Det er også viktig å etablere systemer som sikrer habilitet, åpenhet og kvalitet ved tildelingen av ressurser til forskning.

Nasjonale og regionale forskningsetiske komiteer, opprettelse av et nytt nasjonalt utvalg for gransking av redelighet i forskning og et godt regelverk er viktige tiltak for å sikre forskningens legitimitet. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med sikte på å fremme forslag om en ny lov om helseforskning som følger opp forslagene i NOU 2005: 1 God forskning – bedre helse. Det tas sikte på en lov som beskytter forskningsdeltagerne og ivaretar personvernet, samtidig som den rydder opp, forenkler og skaper et helhetlig regelverk. Målet er at loven skal fremme god forskning samtidig som hensynet til forskningsfriheten og behovet for mindre byråkrati ivaretas.

Forskningssamarbeid og forskernettverk

Styrket nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid er et effektivt og nødvendig virkemiddel for å nå målsetningene om økt kvalitet og produktivitet på forskningen i helsetjenesten. Det er behov for å utvikle strategier som gjør Norge enda bedre rustet til å konkurrere om internasjonale forskningsmidler generelt og spesielt EUs 7. rammeprogram. Programmet omfatter bl.a. en helsesatsing på 48 mrd. NOK. Området omfatter bioteknologi, generiske verktøy og medisinsk teknologi, translasjonsforskning, blant annet vis-à-vis biodata, hjerneforskning og infeksjonssykdommer. Forskning på europeisk helsevesen er nytt i forhold til 6. rammeprogram.

Mange aktører i offentlig sektor, frivillig sektor og legemiddelindustrien gjennomfører og/eller finansierer pasientnær forskning i helsetjenesten uten at dette er tilstrekkelig samordnet. Økt nasjonalt samarbeid vil sikre at de ulike virkemidlene koordineres. Det nasjonale forskningssamarbeidet som er etablert mellom sentrale aktører i medisinsk og helsefaglig forskning bl.a. gjennom Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning bør fortsatt styrkes. God koordinering av finansieringen skal sikres ved at øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene fordeles av samarbeidsorganene, der Norges forskningsråd er observatør.

Et viktig tiltak for å styrke nasjonalt samarbeid vil være å etablere formelle forskningsnettverk på tvers av institusjonene, tjenestenivåene og fagdisiplinene for de ulike fagområdene. Slik kan lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus få en sterkere rolle i et forskningssamarbeid med universitetssykehusene, og forskning på behandlingsforløp og behandlingsskjeder på tvers av tjenestenivåene ivaretas.

Behovsdrivet forskning

Vitenskapelige studier av pasienter i ulike behandlings- og oppfølgingsfaser er viktig for å sikre dokumentasjon av effekt og mulige bivirkninger ved innføring av nye metoder eller for å sammenlikne ulike behandlingalternativer og effekter over lang tid. For å sikre statistisk holdbare data (eksempelvis kjønnsespesifikke analyser), må det ofte gjennomføres kontrollerte studier på store pasientpopulasjoner. Denne typen studier er krevende både ressursmessig, teknisk og kompetansemessig, og er ofte initiert og gjennomført i samarbeid med legemiddelindustrien. Det er imidlertid behov for å øke omfanget av frie forskerinitierte kliniske studier i Norge, jf. St.meld. nr. 20 (2004–

2005) Vilje til forskning. Slik forskning vil ivareta forskning på problemstillinger (eks. kosthold, fysisk aktivitet, alternativ behandling) og pasientgrupper som legemiddelindustrien ikke prioriterer. Eksempelvis vil studier av voksne ikke nødvendigvis gi god nok kunnskap om riktig behandling av barn eller de eldste eldre. En slik satsing vil også øke tilgjengeligheten til utprøvende behandling for pasientene. Det er en økende interesse fra pasienter, særskilt de med alvorlig og ofte uhelbredelig sykdom, å delta i utprøvende behandling selv om det ikke finnes tilstrekkelig dokumentasjon om effekt av behandlingen.

Helse- og omsorgstjenesteforskning

Vi har i begrenset grad forskningsbasert kunnskap om organisering, ledelse, ressursutnyttelse, samhandling, IKT og pasientstrømmer i helsetjenesten. Eksempelvis mangler vi i dag god kunnskap om tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid innenfor rehabiliteringsfeltet. Forskning på sammenhenger mellom pasientstrømmer og hvordan dette over tid påvirker ressursbruk, organisering og sykehusbygg og infrastruktur vil bidra til et bedre og mer kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for planlegging og styring av tjenestetilbudet. Det er også behov for å gjennomføre individbaserte utvalgsundersøkelser som følger pasienter gjennom behandlingssystemet, og som kaster lys over mulige kjønnsforskjeller i diagnostiserings-, utrednings-, henvisnings- og behandlingspraksis, jf. NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge. Gjennom øremerket satsing på forskning i helseøkonomi, er det bygget opp to fagmiljøer. Det er tilsvarende behov for en satsing på kompetanseoppbygging innen helsetjenesteforskning. En viktig forutsetning for å styrke helse- og omsorgstjenesteforskningen vil være nasjonale helsetjenestedata og kobling av data fra helsetjenesten med helseregistertdata.

Forskning for verdiskapning

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

Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med Nærings- og handelsdepartementet styrke

innovasjon og kommersialisering i helsesektoren gjennom en fem-årig felles satsing på behovsdrivet innovasjon med fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr. Viktige aktører vil være de regionale helseforetakene, InnoMed, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd. Satsingen vil omfatte en styrking av ordningen med offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) til helseformål og tiltak for å stimulere til arenaer og møteplasser mellom leverandørindustrien, helsesektoren og virkemiddelapparatet.

6.4.4 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting i helsesektoren. Riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.

Det er gjort organisatoriske tiltak og det pågår utviklingstiltak som på ulike måter tilrettelegger for elektronisk samarbeid innad i helsetjenesten og mellom ulike aktører. Høringsinstansene påpeker at summen av disse tiltakene i for liten grad har ført til elektronisk samhandling mellom helsetjenestens aktører og at antall tjenester og informasjonsutveksling er for lavt. Departementet sier seg enig i disse synspunktene og vil i helseplanperioden arbeide for bedre elektronisk samhandling mellom sektorer og aktører. Dette vil dels innebære felles løsninger og dels standarder som gir mulighet for kommunikasjon på tvers av systemer. Dette vil inkludere spesialisthelsetjenestens helseforetak, fastlegene og øvrige virksomheter innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, apotek og deler av ny arbeids- og velferdsordning (NAV). Mange forutsetninger må være oppfylt før målet om landsdekkende elektronisk samhandling over helsenettet for alle aktørene i helse- og omsorgssektoren er nådd og dette vil ta tid. Departementets oppfatning er likevel at utviklingen har kommet så langt at de nødvendige institusjonelle tiltak bør gjennomføres for å nå målsettingen. Dette vil være et vesentlig grep på veien mot målsettingen om å oppnå likeverdige helsetjenester, uavhengig av pasientens bosted. Med dette som utgangspunkt vil følgende elementer stå sentralt i denne helseplanperioden:

Norsk Helsenett

Norsk Helsenett AS er en driftsorganisasjon som skal tilrettelegge for sikker kommunikasjon og

levere basistjenester som støtter samhandlingen. Tjenestetilbudet og utnyttelsen av helsenettet har til nå vært langt lavere enn forventet. Det er bare 29 kommuner som er koblet opp til helsenettet. Grunnen til at så få kommuner er koblet opp, er bl.a. at det ikke er utviklet en prismodell for oppkobling, driftsutgifter og support, at det er utviklet få tjenester for kommunene og at standarder for informasjonsutveksling ikke er implementert i journalsystemene. Med utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets strategidokument S@mspill 2007 er det satt i gang fyrtårnsprosjekt i fem kommuner. Fyrtårnene skal identifisere behov, gevinstpotensial og mulige løsninger for elektronisk samarbeid innen kommunal helse- og sosialtjeneste og mellom sosialtjeneste og spesialisthelsetjeneste. Fyrtårnsprosjektene har medvirket til økende engasjementet i kommunene for oppkobling til helsenettet og bruk av elektronisk meldingsutveksling.

Innholdet i helsenettet skal utvikles og økes. Departementet vil overfor helseforetakene sette krav om at de skal tilrettelegge for elektroniske tjenester og forsere utfasing av gammel teknologi og elektronisk pasientjournal-systemer (EPJ-systemer) som ikke fyller dagens behov. Departementet vil videre vurdere om krav til elektronisk behandling av pasientopplysninger, herunder krav til elektronisk overføring av henvisninger, epikriser, sykemeldinger og bruk av EPJ-standard, bør forskriftsfestes.

Norsk Helsenett har vedtekter som i stor grad tar opp i seg ambisjonen om et felles nasjonalt IKT-opplegg. I organisasjonens oppstartfase er det valgt løsninger som ikke fullt ut reflekterer denne ambisjonen. Det er i dag de fem regionale helseforetakene som eier Norsk Helsenett og som har den dominerende posisjonen i styret. Departementet mener at Norsk Helsenetts nasjonale rolle tilsier at organisering, styresammensetting, vedtekter og strategi skal reflektere denne funksjonen, og vil innlede dialog med KS og andre relevante aktører for å iverksette de nødvendige endringer.

IKT i kommunesektoren

Kommunens pleie- og omsorgstjeneste har ansvar for de største gruppene med behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Pleie- og omsorgssektoren står for hoveddelen av kommunikasjonen med foretakene i forbindelse med inn- og utskrivning fra sykehus. Elektronisk meldingsutveksling er i liten grad tatt i bruk. Manglende tilgang til helsenettet er én årsak til at de ikke har kommet i gang. For å kunne samhandle elektronisk på tvers av forvaltningsnivåer, regioner og internt er det nødvendig

med pålitelig og godt utbygget infrastruktur som er dimensjonert for store datamengder. Erfaringer viser at den teknologiske utvikling varierer fra kommune til kommune. Mange kommuner vil stå overfor store utfordringer mht både infrastruktur og den sikkerhet som helsenettet krever.

Spesialisthelsetjenesten styrker det regionale og nasjonale samarbeidet om IKT-løsninger, gjennom etablering av regionale IKT-enheter og strategisk IKT-samarbeid. De regionale helseforetakene har etablert samarbeidsforumet Nasjonal IKT, som arbeider med IKT-koordinering mellom foretakene og som kan representere foretakene i systemspørsmål mv. overfor andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Samarbeidsforumet opererer til en hver tid innenfor de rammer som settes av de regionale helseforetakene. Nasjonal IKT er en kraftig driver for effektivisering og samordning av spesialisthelsetjenestens IKT-løsninger. Samtidig legger det føringer for samhandlingen med kommunene. Det er en fare for at kommunene får for liten innflytelse i utviklingen av IKT-samarbeidet med helseforetakene, slik at løsningen i for stor grad blir bestemt ut fra prosesser i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten mangler en tilsvarende kontra-part i kommunesektoren.

Det kommende utviklingsarbeidet vil innebære systembeslutninger som også får stor betydning for kommunal sektor. Skal utviklingsarbeidet lykkes er det viktig med likeverdighet mellom statlig og kommunal sektor. Kommunal sektor velger selv med hvilke organisatoriske løsninger de vil gå inn i dette samarbeidet. Departementet vil i dialog med KS finne fram til samarbeidsmønstre som kan understøtte målet om likeverdighet i utviklingsarbeidet.

Bruk av standarder

Bruk av standarder i elektronisk meldingsutveksling er en viktig forutsetning for å få til samhandling i stor skala både mellom sektorer, innen helsesektoren og innenfor det enkelte helseforetak. Standardiseringsarbeidet er av helt avgjørende betydning for utviklingen av tjenester i helsenettet. Bruken av standarder er i dag basert på frivillighet fra leverandørene av IKT-systemer. Departementet vil vurdere å innføre en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og elektronisk pasientjournal (EPJ) som leverandørene skal være forpliktet til å implementere i systemene og som skal forplikte aktørene til å ta i bruk standardene. Arbeidet med standardisering i helsesektoren skal skje i tett samarbeid med Standardiseringsråd for offentlig sektor under Fornyings- og administrasjonsdepartementet.

Elektronisk pasientjournal

Elektronisk pasientjournal (EPJ) omfatter all pasientinformasjon dvs. dokumentasjon som følger av journalforskriften, herunder røntgenbilder, laboratorieresvar og annen pasientdokumentasjon. Dagens EPJ-systemer dekker i varierende grad det datainnhold som i følge journalforskriften er å anse som pasientjournal. I tillegg til opplysningene i selve EPJ-systemet vil det ofte være slik at det finnes opplysninger i flere spesialiserte systemer og i papirdokumenter som etter journalforskriften er å regne som en del av pasientens journal. En sentral utfordring ved innføring av EPJ er å sørge for nødvendig tilgjengelighet samtidig som krav til konfidensialitet og taushetsplikt ivaretas.

De fleste allmennleger har hatt EPJ i mange år. Alle landets sykehus har nå installert EPJ-systemer og det foregår en gradvis overgang fra papirjournaler til elektronisk lagrede journaler. Manglende tillit til driftsstabilitet er en hindring for overgang til fulldigital produksjon i helseforetakene. Følgen av dette er at kostbare dobbelfunksjoner basert på både papirjournaler og EPJ.

Dagens EPJ-systemer er i stor grad en videreføring av den kronologiske dokumentasjonsorienterte og papirbaserte pasientjournalen. Dagens journaler er imidlertid lite oversiktlige og ikke tilrettelagt for informasjonsdeling eller registrering av pasientrelatert informasjon til bruk for administrasjon av helsehjelp til pasienter. EPJ i sykehus gir også liten prosess- og beslutningstøtte for klinikerne og lite styringsinformasjon for foretaksledelse og myndigheter.

Departementet mener den elektroniske pasientjournalen er sentral for å få til elektronisk samhandling i helsetjenesten. En videre utvikling av EPJ må ta utgangspunkt i pasientforløp og innholdet i helsetilbudet/helsehjelpen til pasienten. For å få til nødvendig samhandling mellom de ulike aktørene i helsetjenesten, må det legges til rette for at nødvendige pasientopplysninger skal kunne utveksles elektronisk, gjenbrukes og importeres i de EPJ-systemer de ulike aktørene/helsepersonell fører. Utviklingsarbeidet bør integreres og koordineres med det øvrige kvalitetsforbedringsarbeid som pågår i helsetjenesten og må sørge for god ivaretagelse av personvernet.

Innføring av EPJ i sykehussektoren muliggjør bedre og sikrere kommunikasjon/samhandling med fastleger og kommunehelsetjenesten (sykehjem og hjemmetjeneste) ved oppkobling til helsenettet. Det åpnes for nye muligheter for elektronisk kommunikasjon/samhandling og bruk av helseopplysninger og dermed oppstår også en rekke utfordringer. Dette gjelder særlig på området informasjonssikkerhet.

Departementet har derfor iverksatt et utredningsarbeid om EPJ i spesialisthelsetjenesten om tilgang, utveksling og deling av pasientrettet informasjon mellom helseforetak og internt i foretak. Det skal utredes hvilke tiltak som må til for å gi behandlende helsepersonell tilgang til nødvendige pasientopplysninger på en mest mulig enkel og fleksibel måte. Hovedprinsippene for taushetsplikten og pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger skal ligge fast. Dersom det ikke er mulig innenfor gjeldende rett å gi behandlende helsepersonell elektronisk tilgang til nødvendige helseopplysninger vil departementet vurdere nødvendige lov- og/eller forskriftsendringer.

Informasjonssikkerhet

I arbeidet med å bedre den elektroniske samhandlingen skal det utvises stor årvåkenhet med hensyn til informasjonssikkerhet. Begrepet informasjonssikkerhet sikter til opplysningenes konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet. Hensyn til helsetjenestens samlede funksjonalitet tilsier at nødvendige helseopplysninger må være tilgjengelige for helsepersonell som skal yte helsehjelp til pasienten. Hensynet til pasientens krav på konfidensialitet tilsier at det bør utvises tilbakeholdenhet med å utveksle særlige sensitive opplysninger uten pasientens samtykke. Forholdet mellom behovet for tilgjengelighet og konfidensialitet skal utdypes i en dialog mellom departement, brukerorganisasjoner, regionale helseforetak, Datatilsynet, Sosial- og helsedirektoratet og øvrig berørte aktører. Departementet vil i oppfølgingen av Nasjonal helseplan i 2007 komme tilbake til spørsmålet, inklusive tilrådinger om videre oppfølging.

Sektoren har utviklet en norm for informasjonssikkerhet som skal bidra til god sikkerhet ved kommunikasjon i Norsk Helsenett. Problemstillinger knyttet til kritiske samfunnsfunksjoner blir også behandlet i Koordineringsutvalget for forebyggende informasjonssikkerhet.

Pasienter har rett til innsyn i sin journal. Ved bruk av elektronisk journal gis det i dag normalt en papirutskrift av opplysningene. På grunn av manglende sikkerhetsløsninger gis ikke pasienten innsyn i sin pasientjournal via elektronisk kommunikasjon. Departementet vil i oppfølgingen av Nasjonal helseplan i 2007 komme tilbake til spørsmålet, inklusive sine tilrådinger om videre oppfølging.

6.4.5 Bioteknologi

Utviklingen innen medisinsk bruk av bioteknologi har synliggjort hvilken verdi og potensial bioteknologi kan ha ved medisinske undersøkelser, behand-

ling, forskning og næringsutvikling. Departementet ønsker å fremme utviklingen av moderne bioteknologi til individets og samfunnets beste. Dette skal gjøres innen forsvarlige rammer for etikk og sikkerhet for helse og miljø.

Bioteknologi er et engasjerende fagområde med spennende utfordringer både etisk, teknisk, medisinsk og juridisk. Ulike hensyn og interesser kan i den forbindelse krysse hverandre. Derfor er det svært viktig med åpenhet om de spørsmål og problemstillinger som medisinsk bruk av bioteknologi reiser. Offentlige debatter knyttet til verdipørsmål og god informasjon om utvikling og muligheter er avgjørende for å skape tillit og troverdighet på feltet.

Bioteknologiloven

Medisinsk bruk av bioteknologi er regulert i lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. Loven omfatter assistert befruktning, forbud mot forskning på befruktede egg og kloning, fosterdiagnostikk, genetiske undersøkelser av fødte og genterapi. Sammenliknet med en rekke andre land har Norge en restriktiv regulering på dette området. Etter hvert som teknologien utvikler seg og ny kunnskap genereres, åpnes også nye muligheter for forskning og behandling. Innenfor etisk forsvarlige rammer ønsker departementet å benytte de muligheter som moderne bioteknologi åpner for. Departementet vil derfor gå igjennom dagens regulering av bioteknologi. I tråd med lovens formålsparagraf, skal dette gjøres i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering av arveanlegg.

Preimplantasjonsdiagnostikk og forskning på befruktede egg (stamcelleforskning)

Departementet ønsker å tillate begrenset bruk av preimplantasjonsdiagnostikk (PGD) og å åpne for forskning på overtallige befruktede egg på visse vilkår. Våren 2006 gjennomførte departementet en bred høring om disse forslagene. Det tas sikte på å fremme et forslag til lovendringer for Stortinget ved årsskiftet.

Preimplantasjonsdiagnostikk (PGD)

Preimplantasjonsdiagnostikk innebærer en genetisk undersøkelse av befruktede egg utenfor kroppen før innsetting i livmoren. Hensikten er å hjelpe par med arveanlegg som kan medføre at kommende barn kan bli født med alvorlig, arvelig sykdom. Ved å undersøke befruktede egg kan man

velge å sette tilbake et befruktet egg som ikke har den aktuelle sykdommen. Departementet går også inn for at man, i forbindelse med PGD for å utelukke alvorlig, arvelig sykdom, kan undersøke det befruktede eggets vevstype med tanke på søsken-donasjon til et vevstypelikt sykt søsken. Forutsatt strenge vilkår og begrenset bruk mener departementet det er forsvarlig å tilby denne behandlingen.

Stamcelleforskning

Stamcelleforskning er et spennende felt med stort potensial. Departementet vil bidra til at mulighetene som finnes på dette området kan utnyttes til beste for mennesker, og ønsker å støtte opp om stamcelleforskningen med sikte på å finne nye behandlingsmuligheter for alvorlige sykdommer. Flere sykdommer kan helbredes ved å dra nytte av de medisinske framskritt som bio- og genteknologi vil frembringe. Departementet ønsker økt fokus på forskning på såkalt adulte stamceller (fra fødte individer).

I forbindelse med forslaget om å tillate bruk av overtallige befruktede egg til forskning på visse vilkår, vil departementet også åpne for embryonal stamcelleforskning. Befruktede egg er en kilde til embryonale stamceller. Disse stamcellene kan utvikle seg til stort sett alle celler i kroppen, og antas derfor å ha stor verdi med tanke på kunnskap om cellenes utviklingsprosesser og utvikling av metoder for behandling av alvorlige sykdommer vi i dag ikke har tilfredsstillende behandlingsmuligheter for.

Videre oppfølging

Som en følge av utviklingen på bioteknologifeltet vil departementet også se nærmere på de øvrige delene av bioteknologiloven. Departementet tar sikte på å begynne arbeidet med en større revisjon av loven når proposisjonen om endringer i forbindelse med forskning på overtallige befruktede egg og PGD er fremmet for Stortinget.

6.4.6 Beredskap i helse- og sosialsektoren

Helse- og sosialsektoren utgjør en omfattende beredskapsorganisasjon. Formålet med sektorens beredskap er å bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser, katastrofer og krig. Krav til beredskap følger av lov om helsemessig og sosial beredskap og annen helse- og sosiallovgivning. Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten

å ha beredskapsplan. Sykehus, vannverk og næringsmiddelkontrollen har selvstendig planplikt. Tiltak følges opp i tråd med ansvar, nærhet og likhetsprinsippet. For å få helhet og sammenheng i tjenestene skal hvert ledd koordinere egne forberedelser med samarbeidende ledd.

Sykehus og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus utgjør hovedbasis i helsetjenestens daglige akuttberedskap. Ved ulykker og katastrofer involveres helsetjenesten på stedet i krisehåndteringen gjennom utrykning fra nødetatene (politi, brann og helse). Utbrudd av smittsomme sykdommer håndteres som del av den alminnelige smittevernberedskapen. Utbrudd av smittsom sykdom oppdages normalt ved at de syke oppsøker kommunale legevakter og fastleger. Når en krise krever flere ressurser enn de som er tilgjengelige lokalt, mobiliseres ressurser ved anmodning om bistand fra andre kommuner og helseforetak, og overordnet nivå. Krisens art og omfang avgjør behov for å aktivere krisehåndteringsapparatet på sentralt myndighetsnivå.

Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet strategisk ansvar for sektoren og for samordning av tiltak og informasjon i forhold til andre departementer. Departementet møter fast i Regjeringens kriseråd, og kan ved store helserelaterede krisesituasjoner bli tillagt oppgaven som lederdepartement i krisehåndteringen.

Sosial- og helsedirektoratet skal i all beredskapsvirksomhet overfor den samlede helse- og sosialtjeneste og –forvaltning bidra til helhet, samhandling og sammenheng – både i beredskapsplanlegging og i en krisesituasjon. I henhold til etablert oppgavefordeling mellom departementet og Sosial- og helsedirektoratet skal direktoratet, etter delegasjon fra departementet, ivareta overordnet koordinering av helse- og sosialsektorens innsats og om nødvendig iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller er inntruffet. Nasjonalt folkehelseinstitutt er statens smittevernsinstitutt med bl.a. ansvar for overvåking av smittsomme sykdommer, og instituttet står sentralt i smitteoppsporingsarbeidet. Statens helsetilsyn fører tilsyn med at helsetjenesten oppfyller lovpålagte beredskapskrav og Statens legemiddelverk har ansvar for å godkjenne legemidler og tilsyn med legemiddelnæringen. Mattilsynet fører tilsyn med beredskapsplaner knyttet til mattrygghet og drikkevann. Statens strålevern har ansvar for tverrsektoriell koordinering av atomberedskapen og leder Kriseutvalget for atomberedskap. Den nasjonale atomberedskapen er fastsatt ved Kongelig resolusjon av 17. februar 2006. Beredskapen er bygget opp rundt Kriseutvalget for atomberedskap som består av representanter fra sentrale myndigheter som har et spesielt

ansvar i atomberedskapen. Fylkesmannen har regionalt koordineringsansvar for samfunnssikkerhet, beredskap og regional atomberedskap.

En rekke helseberedskapsutfordringer er av internasjonal karakter. Norge deltar derfor i WHO's, FAOs og Det internasjonale atomenergibyråets (IAEA) globale samarbeid om overvåking, analyse, varsling og reaksjonsformer ved utbrudd av smittsomme sykdommer og strålingsrelaterte hendelser. Norge samarbeider også med NATO og EU på dette området, bl.a. ved å delta i EUs nye senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) og i EUs Health Security Committee. Norge deltar også i EUs meldesystemer på matområdet. I Norden er det inngått en helseberedskapsavtale som bl.a. omfatter assistanse og informasjonsutveksling ved kriser og katastrofer.

Lov om helsemessig og sosial beredskap har sammen med reformen av den sentrale helseforvaltningen og sykehusreformen i 2002 bidratt til å bedre sektorens krisehåndteringsevne. Tall fra Statens helsetilsyn viser at alle regionale helseforetak og helseforetak og de fleste kommuner har beredskapsplaner etter lov om helsemessig- og sosial beredskap. Videre har alle regionale helseforetak og kommuner, med et unntak, smittevernplaner. Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet ser likevel behov for å bedre kvaliteten på eksisterende planverk, bl.a. ved å utarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser, prosedyrer for ressursdisponering, planer for forsyningssikkerhet av legemidler og materiell, og planer for kommunenes sosialtjenester.

Utfordringer og satsingsområder fram mot 2010

Sikre robust beredskap og krisehåndteringsevne

Utvikling av gode rutiner for samhandling og koordinert innsats internt i sektoren og overfor andre sektorer er permanente utfordringer. Ved ulykker må akuttjenestene på skadested, ambulanse og akuttmottak på sykehus operere koordinert. For de som rammes vil opplevelsen av en sammenhengende tjenestekjede ha stor betydning – både i akuttfasen og i oppfølgingen der de bor, etter behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Økt fokus på terrorvirksomhet og på faren for utbrudd av smittsomme sykdommer bidrar til at oppmerksomheten på beredskapsarbeidet forsterkes. Stor medieoppmerksomheten rundt kriser og katastrofer kan skape en sterkere generell opplevelse av utrygghet. At krisesituasjoner skjer i utlandet eller at Norge trues av hendelser i utlandet, utenfor myndighetenes kontroll, kan forsterke utrygghetsfølelsen. Dette forsterker betydningen av at riktig informasjon gis til riktig tidspunkt.

Videre oppfølging

- kompetansetiltak: øvelser, opplæring og tilsyn i tjenestene og i forvaltningen
- Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn følger opp kommunenes beredskapsarbeid gjennom rådgivning og tilsyn. Direktoratet følger særlig opp flyplass- og havnekommuner med internasjonal trafikk – planlegging av mottak.
- styrke informasjonsberedskapen overfor publikum, pårørende og media
- videreutvikle informasjonssystemer for ressursstyring og beslutningsstøtte

Sikre robuste forsyningssystemer

Helsetjenesten er en kompleks organisasjon som er avhengig av tilførsel av en lang rekke innsatsfaktorer. Utviklingen har gått i retning av stadig større krav til effektivitet og økt internasjonalisering i forsyningskjedene. Dette medfører at lagre av forsyninger bygges ned og at viktige innsatsfaktorer ikke uten videre finnes i landet.

Å styrke robustheten i forsyningene i normale så vel som ekstraordinære situasjoner vil stå sentralt i det videre arbeidet.

Videre oppfølging

- De regionale helseforetakene innarbeider beredskapshensyn i sine logistikksystemer og leveranseavtaler slik at helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler og materiell og andre viktige innsatsfaktorer i spesialisthelsetjenesten
- Sosial- og helsedirektoratet gjennomgår den nasjonale forsyningssikkerheten og vurderer om det er behov for nye tiltak for å sikre nødvendig robusthet

Styrke ABC-beredskapen, herunder smittevernberedskapen

Innenfor beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser (ABC-beredskapen) er det en utfordring å oppnå koordinerte tiltak på tvers av sektorer, fordi svært mange aktører er involvert. Kriseutvalget for atomberedskap, som koordinerer atomberedskapen, er kommet langt i å utarbeide koordinerte planer. Departementet vil foreta en gjennomgang av sektorens beredskap ved biologiske og kjemiske hendelser.

Utbrudd av smittsomme sykdommer har satt smittevernberedskapen høyt på dagsordenen. God

smittevernberedskap krever godt samarbeid om sykdomsovervåkning og -rapportering, tilstrekkelig analysekapasitet og krisehåndteringsevne, herunder legemidler til å behandle utbrudd av smittsomme sykdommer. Organisasjonen som skal følge opp tiltakene fra lokalt til sentralt nivå, må være øvet og sikre god samhandling innad i helse-tjenesten og mot andre sektorer som vil bli berørt.

Videre oppfølging

- videreutvikle planverk og tiltak for å håndtere en mulig pandemi
- vurdere samarbeid om nordisk produksjon av vaksine til bruk mot influensapandemi for hjemmemarkedet som også kan bidra positivt på verdensbasis, herunder også vurdere økt nasjonal satsing på forskning og utvikling av vaksiner
- vurdere tiltak mht sykehusinfeksjoner, laboratorie- og isolatkapasitet

Styrke deltakelsen i internasjonal samarbeid på helseberedskapsområdet

En rekke helseberedskapsutfordringer er av internasjonal karakter. Faren for terror, utbrudd av smittsomme sykdommer og radioaktive eller kjemiske utslipp stopper ikke ved grensene. Nordmenn reiser mer til utlandet (arbeids- og fritidsreiser) og har forventninger til helsemyndighetenes krisehåndtering og at helsehjelp og sosiale tjenester raskt skal være tilgjengelig, uavhengig hvor krisen inntreffer. Det er derfor viktig med internasjonal samarbeid og Norge samarbeider i økende grad med andre land og internasjonale organisasjoner for å styrke evnen til å håndtere større kriser.

Videre oppfølging

- utvikle det nordiske samarbeidet: tiltak mot pandemier og kriser i utlandet
- følge opp WHO's internasjonale helsereglementet (IHR 2005) i nasjonalt regelverk og planer
- delta i arbeidet med utvikling av krisehåndteringsevnen i EU

6.4.7 Internasjonalt samarbeid innenfor helse- og sosialområdet

En rekke helseutfordringer er av internasjonal karakter. Norges internasjonale helsesamarbeid har til formål å møte disse utfordringene ved å utvikle ordninger for effektiv forebygging og sykdomsbekjempelse og bidra til å bedre helsesituasjonen i Norges nærrområder og andre deler av verden. Norges internasjonale engasjement skjer først og

fremst gjennom EU, EØS, WHO, Nordisk Ministerråd, IAEA, EUs Nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram.

Hovedtrekk i EU/EØS samarbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet, Mattilsynet, Statens legemiddelverk, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har et omfattende engasjement i det løpende arbeidet med EU/EØS-saker i helse- og mattrygghetsforvaltningen.

Norge deltar i EUs indre marked (jf. EØS-avtalen), og det gjennomføres hvert år et omfattende EU-regelverk i norsk rett på følgende områder: næringsmidler, drikkevann, tobakk, legemidler, kosmetikk, medisinsk utstyr, blod/celler/vev. De fire friheter berører også rett til dekning av utgifter til helsehjelp samt gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for helsepersonell. Norske eksperter fra helse- og mattrygghetsforvaltningen har gjennom EØS-avtalen rett til å delta i arbeidsgruppene som utarbeider forslag til nytt eller revidert regelverk.

EU-traktatens folkehelseartikkel (art 152) fastslår at helsepolitikk (bl.a. nivå på tjenestetilbud, organisering og finansiering) er hvert medlemslands ansvar. Artikkelen fastslår også at landene kan innlede frivillig samarbeid om felles utfordringer på det helsepolitiske området. I EU-kretsen er det en økende erkjennelse av sammenhengen mellom folkehelse og økonomisk utvikling og det er økt EU-samarbeid på området.

EU-landene legger vekt på samarbeid om forebyggende tiltak som skal bevisstgjøre borgerne om forbruk og livsstil og involvere næringsliv og interesseorganisasjoner.

Viktige områder for samarbeid der norske helsemyndigheter deltar, hovedsakelig gjennom EFTAs etablerte gruppe for folkehelse:

- Folkehelseprogrammet 2003–2008 (videreføres i 2007–2013 med forbehold om Stortingets samtykke). Norge deltar i prosjekter innenfor områdene helseinformasjon, helsetrusler og forebygging av risikofaktorer
- helseberedskap: EU-landene har etablert et omfattende samarbeid for å stå godt rustet mot utbrudd av smittsomme sykdommer over landegrensene og eventuelle terrorhandlinger med bruk av biologiske og kjemiske våpen.

Norge deltar også i et samarbeid vedrørende pasientmobilitet. Det er opprettet en høynivågruppe med flere arbeidsgrupper for blant annet å vurdere ulike sider ved samarbeid mellom landenes helse-tjenester og den praktiske betydningen av EF-domstolens avgjørelser om rett til dekning av utgifter til

helsetjenester i utlandet. Prinsippet om fri bevegelse av tjenester omfatter pasienter som tjenestemottakere.

Strålevern: EURATOM under EUs 6. ramme-program for forskning (videreføres i 7. ramme-program fra 1. januar 2007).

EU har fagorganer på flere sentrale samarbeidsområder. Innenfor departementets ansvarsområde deltar Norge i Byrådet for godkjenning av legemidler (EMEA) i London, Senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) i Stockholm, Europeisk overvåkningssenter for narkotika og narkotikamisbruk, (EMCDDA) i Lisboa og Byrådet for mattrygghet (EFSA) i Parma (norsk deltakelse formaliseres fra 2007).

Utviklingstrekk og utfordringer fram mot 2010

Faktorer som er med å drive fram utviklingen av EU: Nye medlemsland med egne utfordringer, domsavsigelser i saker som angår de fire frihetene, framvekst av felles utfordringer der det enkelte land ser seg tjent med et samarbeid også på områder utenfor EUs indre marked, skaper utfordringer for Norge.

Utfordringer i forholdet mellom norske helse- og mattrygghetsmyndigheter og EU

EU-landene utvikler i økende grad sitt helsesamarbeid på områder som faller utenfor EØS-avtalen. Det er derfor viktig for Norge å supplere arbeidet inn mot EU med et aktivt nordisk samarbeid og bilateralt samarbeid. Norge har en helsesamarbeidsavtale med Frankrike og et samarbeid med Polen og andre nye EU-land gjennom EØS-finansieringsordningen. Norge bidrar gjennom EØS-finansieringsordningene med nærmere 10 mrd. kroner til de nye EU-landene i perioden 2004–2009. Formålet er å bidra til landenes økonomiske og sosiale integrasjon. Helse er én prioritert sektor (prosjekter: helsesystemutvikling og forebygging, e-helse, helseregistre, alkohol, narkotika, tobakk og helsefremmende tiltak). Ordningene bør bidra til å styrke bilaterale forbindelser og partnerskap i prosjekter.

Utfordringer for norsk helse- og mattrygghetsforvaltning

Det er en utfordring å medvirke aktivt i utformingen og oppfølgingen av nytt regelverk på mattrygghetsområdet og om pasientmobilitet mv. Etter at helsetjenester ble unntatt fra tjenestedirektivets virkeområde, er det varslet separat regulering på feltet. Det er også viktig å styrke involvering av

interesseorganisasjoner, næringsliv og andre berørte på norsk side – fra start til mål.

Utfordringer for den norske helsetjenesten

Utviklingen i EU når det gjelder pasientmobilitet kan føre til at et økende antall nordmenn i fremtiden vil krysse grensene for å få helsehjelp i utlandet. Over tid vil dette kunne innebære en utfordring for norsk helsetjeneste (kvalitet, kapasitet, pasientgrunnlag) fordi tjenesten får konkurranse fra tjenestene i andre europeiske land. Dette kan også føre til økt trykk på norske sykehus i form av etterspørsel fra pasienter fra andre land.

Videre oppfølging

Med henvisning til St.meld. nr. 23 (2005–2006) Om gjennomføring av europapolitikken, vil departementet utarbeide en strategi for EU-EØS-arbeidet. Sentrale tiltak vil være:

- utvikle interdepartementalt samarbeid og samarbeid innen sentral helse- og mattrygghetsforvaltningen
- vurdere tiltak for å ivareta nasjonale interesser
 - styrke kvaliteten og tilpasse norsk helsetjeneste til konkurranse med andre europeiske lands tjenester

Samarbeidet i Verdens helseorganisasjon (WHO og andre FN-fora)

Globalt er WHO-samarbeidet vår viktigste helsepolitiske arena. Samarbeidet er politisk viktig og av stor betydning i et utviklingsperspektiv. WHO er en sentral normskapende organisasjon og den viktigste globale helsepolitiske aktør. WHO og organisasjonens regionkontorer spiller en aktiv rolle som bidragsyter og pådriver i utviklingen i globale helsespørsmål. Utvikling av nasjonale helsesystemer, bekjempelse av smittsomme sykdommer og tobakksforebyggende arbeid har stått særlig sentralt i Europaregionens arbeid de senere årene. Verdens helseforsamling vedtok i 2005 en resolusjon om problemer forårsaket av skadelig bruk av alkohol.

I samarbeid med FNs organisasjon for mat og landbruk (FAO) er WHO ansvarlig for utvikling av internasjonale standarder for matkvalitet og mattrygghet gjennom Codex Alimentarius. Disse standardene legges også til grunn for internasjonal handel gjennom avtalen om sanitære og plantesanitære tiltak (SPS) under Verdens handelsorganisasjon.

På narkotikasiden er FNs narkotikakommisjon, hvor Norge for tiden er medlem, sentral.

Utfordringer fram mot 2010

WHOs unike rolle som verdens arena for helsepolitisk samarbeid utfordres av spesifikke helseutfordringer særlig knyttet til den tredje verden. GAVI har fokus på vaksiner, UNAIDS kampen mot hiv/aids, det globale helsefondet GFATMs mandat er hiv/aids, tuberkulose og malaria. En rekke private/offentlige partnerskap arbeider bl.a. med forskning på sykdommer og helseproblemer som rammer utviklingslandene. Private stiftelser som Gates Stiftelsen disponerer mer enn tre ganger WHOs ressurser. Fragmenteringen stiller krav til effektiv samordning og rasjonell arbeidsdeling basert på aktørenes kompetanse. WHO har også en viktig rolle i å sette fokus på livsstil og på ikke-smittsomme sykdommer, som er et økende problem også i utviklingsland. Det er viktig at WHOs rolle som normsetter og helserådgiver for alle verdens land bevares. Etterspørselen etter WHOs nøytrale og kunnskapsbaserte rådgivning øker.

Helsesystemer

Utvikling av fullgode nasjonale helsesystemer, herunder forebygging, er WHOs kanskje viktigste utfordring i et utviklingsperspektiv. I dag mangler de fleste utviklingsland både tilstrekkelig kapasitet og kompetent helsepersonell. WHOs rolle utfordres ved at Verdensbanken søker å gå vekk fra å finansiere sykdomsbaserte programmer til fordel for helsesektorutvikling. Det blir viktig å sikre at WHOs systemkunnskap kobles opp mot Verdensbankens finansielle ressurser.

Smittsomme sykdommer / beredskap

WHOs rolle og betydning for landene kommer klart fram i forbindelse med utbrudd av globale helsetrusler som SARS og pandemisk influensa. Det internasjonale helsereglementet som trer i kraft juni 2007, formaliserer WHOs rett til å iverksette de tiltak som anses nødvendig i tilfelle utbrudd som kan true global helse. Det er viktig å verne om og videreutvikle denne rollen.

FN-reformer

FN-organisasjonene er preget av relativt tunge administrative og finansielle systemer, beslutningsmekanismer og arbeidsformer. Disse sikrer ikke alltid optimal funksjonsevne. Resultatbasert budsjett- og programstyring er en viktig utfordring for

FN. WHOs resultatbaserte programbudsjett er en modell for hele FN-systemet. WHO skal i større grad vektlegge rådgivning og faglig støtte til landenes egne helseplaner og samordne sin innsats med andre internasjonale og bilaterale aktører.

Global mobilitet og helsearbeidere

Globaliseringen medfører økt mobilitet av helsearbeidskraft. Det er i verden i dag et underskudd på fire mill. helsearbeidere. Situasjonen er særlig akutt i utviklingsland der kvalifisert helsepersonale rekrutteres til bedre betalte stillinger i industriland. Norge spiller en viktig rolle i en ny global allianse om menneskelige ressurser basert i WHO der migrasjonsproblematikken inngår som et sentralt tema. Et fundament for at utviklingsland skal lykkes bedre i å beholde egen kvalifisert arbeidskraft innenfor helsesektoren, er at rike land fører en politikk som ikke tømmer fattige land for deres få kvalifiserte helsearbeidere. Norge tar sikte på å føre en slik politikk. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Sosial- og helsedirektoratet utrede hvilke elementer en slik politikk bør baseres på. Departementet vil også be Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med NORAD, utrede hvordan Norge for øvrig kan bidra til å bedre helsearbeidersituasjonen i utviklingsland.

Matkvalitet og mattrygghet

Markedet for mat utvikles etter hvert fra å være lokalt eller regionalt, til i økende grad å være globalt. Handelen med mat over landegrensene øker. Dette betyr at det blir stadig viktigere for norske forbrukere at matkvalitet og mattrygghet holder et høyt nivå i alle deler av verden.

Nordisk samarbeid

Nordisk helse- og sosialsamarbeid er basert på et rullerende samarbeidsprogram. Samarbeidsprogrammet bygger på verdiene i den nordiske velferdsmodellen og dekker et vidt felt fra forskning og utdanning til informasjons- og erfaringsutveksling og samkvem mellom landene gjennom konvensjoner og overenskomster. De mest sentrale arenaene er Nordisk ministerrådsmøte og Nordisk sosialpolitisk embetsmannskomite. I tillegg er kosthold og mattrygghet en del av det nordiske samarbeidet innenfor fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk.

*Utviklingstrekk og utfordringer fram mot 2010**Nedbygging av grensehindre mellom de nordiske landene*

De nordiske landene har besluttet å etablere pådriverordninger i de fagministerrådene der grensehinderproblemene er mest framtrepende. I første omgang skal ordningene gå fram til Nordisk Råds sesjon i 2008. Deretter skal man ta stilling til en eventuell endring eller videreføring.

Regional samarbeidsarena for europeisk og globalt samarbeid

Det nordiske nettverket er et godt utgangspunkt for formelle og uformelle diskusjoner og informasjonsutveksling om aktuelle spørsmål i EU-/EØS- og WHO sammenheng. Et eksempel er rusmiddel-politiske spørsmål, jf. de nordiske ministrenes initiativ fra 2004 om å styrke tiltakene for å redusere alkoholrelaterte problemer. WHO's Europaregion vedtok i 2005 et nytt rammeverk for en alkoholpolitikk. EU-kommisjonen har bebudet framleggelse av en alkoholpolitisk strategi høsten 2006. En årlig rapportering til helse og sosialministermøtet fram til 2009 vil danne grunnlag for de drøftelser helse- og sosialministrene har om den videre oppfølging av politikken.

Helse- og sosialberedskap

Nordisk helseberedskapsavtale ble undertegnet juni 2002 og trådte i kraft 30. november 2003. Avtalens formål er å øke de nordiske lands samlede evne til å håndtere kriser og katastrofer. Det legges vekt på samarbeid om tiltak mot pandemisk influensa. Videre kartlegges det nå å utvikle nordisk samarbeid ved større krisesituasjoner i utlandet.

EUs Senter for smittsomme sykdommer i Stockholm har styrket smittevernssamarbeidet mellom EUs medlemsland. Norge deltar i senterets aktiviteter.

Barents helsesamarbeid og bilateralt samarbeid med Russland

Helse er et område der myndighetssamarbeidet med Russland og de baltiske land har kommet langt. Det pågår prosjekter på regionalt og lokalt myndighetsnivå med vekt på tiltak mot smittsomme sykdommer, livsstilsykdommer og sosiale problemer. De viktigste overbygningene for arbeidet er Partnerskapet for helse og livskvalitet under EUs Nordlige Dimensjon, og Barentsrådets arbeidsgruppe for helse og sosiale saker.

Utviklingstrekk og utfordringer fram mot 2010

Grensen mellom Norge og Russland er en markant skillelinje økonomisk, helsemessig og sosialt. Tall fra WHO viser at spedbarnsdødeligheten i Russland er 15,5 per 1000 levendefødte. I Norge er den 3,8. Forventet levealder for menn er i Russland 58 år og i Norge 77 år. For kvinner er tallene 77 og 82 år. Mange russiske menn rammes av sykdom og død i en alder de kunne vært yrkesaktive og familiefedre.

Alkoholmisbruk og feilernæring er årsak til mange sykdommer. Ulykker og vold tar flere liv enn i Norge. Forekomsten av smittsomme sykdommer er generelt høy. Situasjonen med hiv/aids, tuberkulose og multiresistent tuberkulose er bekymringsfull. Bedring av folkehelsen og levekår i Russland er viktig for å forebygge spredning av smittsomme sykdommer og for den økonomiske og sosiale utviklingen i Russland. I dag pågår det mange spredte engasjementer. Det er behov for oversikt og sammenheng i engasjementene.

Videre oppfølging

Satsingen mot tuberkulose i Barentsregionen videreføres med sikte på å nå målet om å få sykdommen under kontroll innen 2013. Det er utviklet et handlingsprogram mot hiv/aids som gjennomføres i Nordvest-Russland under norsk ledelse – i nært samarbeid med russiske eksperter. Det skal utvikles en handlingsplan for barn og unge, i tråd med Barentsrådets erklæring fra 2005. Å bedre helseforhold i fengslene er av stor betydning for å begrense smittsomme sykdommer. I Partnerskapet for helse og livskvalitet under EUs Nordlige Dimensjon, har Norge et særlig ansvar for dette feltet.

Annet bilateralt samarbeid

Norge og Frankrike inngikk i 2003 en bilateral helseavtale som bl.a. omfatter samarbeid på regionalnivå og sykehussamarbeid. Andre samarbeidsområder er alkohol og hjernehinnebetennelse. Avtalen med Frankrike fornyes høsten 2006.

Norge og Kina har hatt et helsesamarbeid siden 1999. Kina er, som et av verdens mest folkerike land med sterk økonomisk vekst, et viktig land i et helseperspektiv. Samarbeidet videreføres for perioden 2006–2009 med en ny handlingsplan med følgende hovedprioriteringer: Helsesystem og -tjenester, folkehelse og forebygging, omsorg og organisering, lokale helsetjenester, forebygging og kontroll med smittsomme sykdommer, og mor-barn-helse.

6.4.8 Prehospitale akuttjenester

Befolkningens trygghet for hjelp ved akutt somatisk og psykisk sykdom og skade er et viktig velferdsgode. Slik trygghet bygger på visshet og erfaring for rask og kvalifisert hjelp og transport ved akutt skade eller sykdom. De fleste akutte tilfeller ivaretas av den kommunale allmennlegetjenesten. Ved alvorlige ulykker eller alvorlige akutte sykdomstilstander starter behandlingen på skadestedet/stedet for den akutte sykdomssituasjonen, og videreføres under transport til sykehus. Tiltak og tjenester som er nødvendig medisinsk hjelp ved akutt, behandlingstrengende skade eller sykdom, omtales som den akuttmedisinske kjeden. Den delen av den akuttmedisinske kjeden som ligger utenfor sykehus kalles prehospitale tjenester. De prehospitale tjenester omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten.

Omlag 90 pst. av akutte tilstander blir behandlet av kommunehelsetjenesten, mens omlag 10 pst. henvises videre til eller sendes direkte til sykehus. For 1 av 100 pasienter vil behandling være tidskritiske, og det er da helt avgjørende at den akuttmedisinske kjeden fungerer tilfredsstillende for å redde liv og redusere seinskader.

Medisinsk nødmeldetjeneste

Systemet for medisinsk nødmeldetjeneste består av medisinsk nødnummer, akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK-sentraler) innen spesialisthelsetjenesten, legevaktssentraler (LV-sentraler) i kommunehelsetjenesten og et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i vaktberedskap som både AMK- og LV-sentraler skal være tilkoblet.

Første ledd i den akuttmedisinske kjeden er oftest pasienten selv, pårørende eller publikum, og er avgjørende for varsling enten til LV-sentralen eller til nødnummer 113 ved alvorlig akutt sykdom og skade. Helseforetakenes AMK-sentral er mottaker av henvendelser på dette nødnummeret. Helsepersonellet på AMK-sentralen kartlegger tilstanden i samarbeid med innringer og sørger for at nødvendige ressurser eventuelt blir sendt stedet hvor skaden skjedde eller sykdomstilfellet oppsto. AMK-sentralen skal også vurdere behovet for bistand fra den kommunale legevakten, slik at lokal lege kan komme til pasienten(e) før ambulansen når fram, samt varsle og formidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningssentralene og eventuelt andre berørte AMK-sentraler.

Når det er nødvendig skal helsepersonellet på AMK-sentralen kunne gi medisinsk faglige råd og veiledning, herunder om livreddende førstehjelp.

Ved mindre alvorlige tilfeller vil som regel den kommunale legevakten bli kontaktet. Kommunen skal sørge for legevaktnummer, og eventuelt i samarbeid med andre kommuner drive en LV-sentral som skal motta og håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til lege i vaktberedskap, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser.

Medisinsk nødmeldetjeneste har gjennomgått både organisatoriske og tekniske endringer de senere årene. Vi har fått en reduksjon i antall LV-sentraler ved at flere kommuner er tilknyttet en felles sentral, og antall AMK-sentraler er redusert. Hensikten har vært å få sentraler med bedre bemanning, økt kompetanse og bedre utstyr. AMK-sentralene har fått elektronisk kartverk og såkalt flåtestyring av ambulansene, slik at vakthavende på AMK-sentralen til enhver tid «ser» hvilke ressurser (eksempelvis ambulanser) som er nærmest pasienten. Nytt digitalt nødnett vil styrke AMK-sentralene ytterligere.

Nytt nødnett

Effektiv og livreddende innsats i alle situasjoner krever et forutsigbart og moderne kommunikasjonssystem med hensiktsmessig funksjonalitet, dekning og tilstrekkelig kapasitet. Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2005 at det kan innhentes tilbud på etablering av et felles digitalt radiosamband (nødnett) for nød- og beredskapssetatene (brann, politi og helse), og at det kan inngås kontrakt om første utbyggingsområde. Dette berører i første utbyggingstrinn store deler av Helseregion Øst (Follo, Romerike, Oslo, Østfold, Asker og Bærum) og deler av Helseregion Sør (Søndre Buskerud), 54 kommuner inngår i første utbyggingstrinn.

Samling av alle virksomheter med beredskapsmessige oppgaver i et felles nett vil bidra til å effektivisere nødetatenes arbeid både i daglig virksomhet og ved større ulykker, og dermed gi økt trygghetsfølelse uavhengig av hvor man bor. Det nye nødnettet vil bl.a. gi mulighet for dataoverføring av pasientopplysninger fra skadested/ambulansetjeneste til sykehus og mulighet til overvåking av pasienter under transport. En forutsetning for å oppnå full effekt av så omfattende samfunnsmessig investering er at aktuelt helsepersonell både i ambulansetjenesten og leger i vakt, er lett tilgjengelige i nettet.

Kommunal legevaktordning

Omlag ni av ti tilfeller av all akutt sykdom diagnostiseres og behandles utenom sykehus i en kommunal legevaktordning. Den kommunale legevakten kan sammen med ambulansetjenesten også ha en sentral rolle i diagnostisering og stabilisering av akutt syke før transport til sykehus, særlig utenfor de største byene.

På dagtid vil den kommunale legevaktberedskapen i de fleste kommuner ivaretas av fastlegene i deres egen praksis. I større kommuner er øyeblikkelig hjelp tilbudet ofte organisert som daglegevakt, med egne legevaktlokaler. På kveld, natt og i helger/helligdager, har kommunene organisert legevakten på ulik måte. I større byer er legevakten plassert i egne lokaler. 30 pst. av kommunene har egen kommunal legevakt. Av disse har om lag 1/3 planer om interkommunalt samarbeid. 70 pst. av kommunene har et samarbeid med andre kommuner i en eller annen form for interkommunal ordning. Her er variasjonene store. På landsbasis er det etablert drøyt 30 former for interkommunal legevaktsamarbeid med felles legevaktsentral. Flertallet av disse er samlokalisert med et lokalsykehus i området. Fordelen med felles legevaktsentraler framfor legevakt basert på at legen «kjører» legevakt, er mange. Det ene er at legevaktsentralen som hovedregel er bemannet med både sykepleier og lege hele tiden. Mange henvendelser kan avklares på telefon, og de kan oppfordres til å kontakte vedkommendes fastlege neste dag. Alternativt kan pasient/pårørende ringe tilbake senere hvis situasjonen forverres. Hvis situasjonen krever undersøkelse og behandling vil sykepleier og lege ha tilgjengelig nødvendig utstyr av et annet omfang enn det som rommes i en doktorveske i forbindelse med sykebesøk. Ulempen kan være lenger reiseavstand for en del av befolkningen. Hvis det interkommunale legevaktdistriktet er stort, er det aktuelt med bakvakter i utkanten av distriktet. For kommunene medfører slik organisering ofte økte kostnader som følge av en betydelig kvalitetsheving av akuttberedskapen. På den annen side viser det seg at organisering av kommunal legevakt i interkommunale legevaktsentraler er vesentlig for å kunne rekruttere nyutdannede leger til kommuner i distriktene, særlig kvinnelige leger. Det innebærer også betydelig mindre vaktbelastning til de etablerte legene. Allmennleger over 55 år kan be seg fritatt fra legevakt. I områder med slikt interkommunalt legevaktsamarbeid deltar allikevel mange leger over 55 år ettersom vaktbelastningen på den enkelte blir lav.

God tilgjengelighet til fastlegen på dagtid og en velorganisert kommunal legevakt skaper trygghet

og sikrer rask behandling og eventuell rask innleggelse i sykehus for de som trenger det.

I hvert fylke skal minst én av de interkommunale legevaktsentralene fungere som mottak for vold- og voldtektsutsatte. Dette skal være et lavterskeltilbud for alle som har vært utsatt for vold og/eller overgrep, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet etc.

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ved Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Ambulansetjenesten

I NOU 1998: 9 Hvis det haster...., ble bilambulansetjenesten vurdert som det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden. Bedre utdanning og bedre organisering har etter dette gitt tjenesten et betydelig faglig løft. Alle ambulanser er nå tomannsbetjente, har bedre utstyr og personalet har økt kompetanse i både diagnostikk og behandling før ankomst til sykehus. Nye kommunikasjonsløsninger gjør det mulig for spesialister i sykehus å stille presise diagnoser (for eksempel ved akutte hjertelidelser) og starte behandling lenge før pasienten er kommet fram til sykehus. Prehospitale tjenester forventes å være ledende i helsetjenesten når det gjelder anvendelse og nytte av IKT.

Båtambulansen er for mange øysamfunn like viktig som bilambulansen. Selv om bruken av ambulanshelikopter har økt tilgjengeligheten, er det ofte bare ambulansebåten som går når været er dårlig. Det vil derfor fortsatt være behov for båtambulanser flere steder langs kysten, og i de fleste helseforetakene er den faglige standarden nå på høyde med bilambulansetjenesten.

Luftambulansetjenesten er organisert som et nasjonalt selskap, Luftambulansetjenesten ANS, og opererer ut fra elleve helikopterbasen og sju ambulansflybaser. Bruken av luftambulansetjenester er blitt fordoblet siste ti år, og årsakene er flere:

- endringer i medisinsk behandling, med større krav til sentralisering av tjenester, for eksempel behandling av akutt hjerteinfarkt og kompliserte skader
- økt grad av funksjonsfordeling mellom sykehus har medført økt behov for overflytting mellom sykehus, også av alvorlig syke pasienter
- press på intensivavdelingene ved de store sykehusene medfører økt behov for tilbaketransport til lokalsykehusene etter avsluttet behandling

Luftambulansetjenesten bidrar på denne måten til at befolkningen sikres tilgang til likeverdige behandlingstilbud uavhengig av bosted.

Helsemyndighetene har stilt spesifikke krav til kompetanse hos personell som bemanner ambulanser. Dagens utdanning av ambulanspersonell er lagt til den videregående skole og fører fram til fagbrev som ambulansarbeider. Det er iverksatt et arbeid for å vurdere behovet for videreutdanning av ambulanspersonell.

Sammenhengen mellom de prehospitaltjenestene og sykehusstruktur

Måten de prehospitaltjenestene er organisert og dimensjonert på vil påvirkes når sykehusstrukturen endres. Strukturendringer i og mellom sykehus innebærer endringer i pasientforløpene innad i spesialisthelsetjenesten, og det er vesentlig at sammenhengen i de faglige tilbudene kvalitetssikres ved for eksempel funksjonsfordelinger mellom sykehus. Kvaliteten på det akuttmedisinske tilbudet avhenger av kompetanse og kapasitet i den samlede akuttmedisinske kjeden. Endring av strukturen vil få følger for resten av behandlingkjeden, og det er derfor nødvendig å tydeliggjøre hvilke tiltak som skal sikre at akuttberedskapen opprettholdes.

De prehospitaltjenestene er av avgjørende betydning i en sammenhengende akuttberedskap, både mellom sykehus og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dimensjonering av de prehospitaltjenestene er derfor en konsekvens av den medisinske utviklingen og funksjonsfordeling mellom sykehus.

6.5 Sentrale utviklingstiltak i planperioden

I kap. 6.3 blir helsetjenestens hovedområder presentert sammen med en beskrivelse av den gjensidige avhengighet mellom områdene og behovene for systematisk samhandling.

Kapitel 6.4 omhandler sentrale strategiske områder for hele helsetjenesten hvor det ofte er behov for felles nasjonal innsats for å nå overordnede mål i helsepolitikken. De samlede tiltak på disse områder skal bidra til likeverdig fordeling av helsetjenester og god ressursutnyttelse gjennom å understøtte de seks bærebjelkene i helseplanen:

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

Her gis en oversikt over de sentrale utviklingstiltak i tilknytning til hver av bærebjelkene.

Helhet og samhandling

Helsetjenesten framstår i for liten grad med helhetstenkning og samhandling for den enkelte pasient. Det er et paradoks at de enkelte virksomheter samtidig kan fremstå som vellykkede ut fra tildelte oppgaver og gjeldende ansvarsdeling. Departementet vil gjennom Nasjonal helseplan endre dette slik at samhandling blir en integrert del av oppdrag til og innhold for den enkelte virksomhet.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- hovedstrategiene i folkehelsepolitikken legger opp til at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal legge mer vekt på forebyggende arbeid i sin virksomhet
- der det samlede behandlings- og oppfølgningstilbudet er viktig for pasienten, kan ikke helsehjelpen skje isolert innenfor henholdsvis den kommunalt forankrede helse- og sosialtjenesten og den foretaksorganiserte spesialisthelsetjenesten. Det etableres derfor et Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet vil ha deltakelse fra alle ansvarsbærende aktører og skal bidra til helhetlige og koordinerte forflytninger av ansvar og kostnader mellom aktørene
- på IKT-området skal det arbeides for at kommunene får en sterkere rolle i arbeidet med et nasjonalt helsenett slik at det legges til rette for bruk av IKT mellom spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og sosialtjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen
- utdanning skal fremdeles være forankret i de enkelte helsefagene, men det skal stilles sterkere krav til at utdanningene tar opp i seg samhandlingsutfordringer
- utviklingen på forskningsområdet skal ta opp i seg samhandlingsutfordringen, blant annet ved at det skal etableres formelle forskningsnettverk på tvers av institusjonene, tjenestenivåene og fagdisiplinene for de ulike fagområdene
- oppfølging av de pasientnære samhandlingstiltak slik som individuell plan og legenes praksiskonsulentordning skal styrkes
- arbeidet med å bedre samhandlingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene følges opp med sikte på større faglighet i sykehjemmene
- departementet og KS er enige om å starte et arbeid med sikte på å inngå en overordnet avtale som skal ha fokus på samhandlingen på helse- og omsorgsområdet

Demokrati og legitimitet

En god helsetjeneste må ha legitimitet og tillit i befolkningen. Evalueringer viser at folk flest er fornøyd med og har tillit til tjenestene. Samtidig øker forventningene til helsetjenestene mer enn det man ressursmessig er i stand til å kunne innfri framover. Departementet vil bygge videre på at helsetjenesten skal være politisk styrt og profesjonelt drevet og være preget av åpenhet og medvirkning. Nasjonal helseplan er utarbeidet etter omfattende dialog med mange aktører i høringsprosessen. Det er viktig i oppfølgingen av planen å arbeide for felles forståelse av status, mål og relevante strategier og virkemidler.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- det skal i tilknytning til statsbudsjettet og som en oppfølging av Nasjonal helseplan, gis en presentasjon for Stortinget av helsetjenestens situasjon. Denne skal gi et godt grunnlag for den nasjonale politiske styringen av helsetjenesten
- pasientorganisasjonene og de ulike aktørene i helsetjenesten må i større grad drøfte og søke mot felles forståelse av de sentrale utfordringene og løsningsstrategiene for en bedre helsetjeneste. Det skal hver vår gjennomføres prosesser med dette som formål og der informasjon fra prosessene vil inngå i oppfølgingspresentasjonen overfor Stortinget av Nasjonal helseplan
- åpenhet er et nødvendig grunnlag for helsetjenestens og foretakenes legitimitet. Den nye enheten for pasientsikkerhet skal gi grunnlag for større åpenhet om feil i helsetjenesten. Også generelt skal større åpenhet ligge til grunn for videre utviklingsarbeid, blant annet ved at pasienter og samfunn gjøres kjent med forskjeller i resultater fra de ulike delene av helsetjenesten
- helsetjenester skal leveres med god kvalitet. Det er en utfordring for demokrati og legitimitet at helsetjenestens resultater presenteres lite systematisk og fragmentert. I helseplanperiode er det et mål å videreutvikle et nasjonalt indikatorsystem som knyttet til seks internasjonalt anerkjente indikatorer for kvalitet, gir et systematisk bilde av kvalitetssituasjonen
- mennesker med annen etnisk bakgrunn blir mer sentrale både som brukere og medarbeidere i helsetjenesten. For at alle skal oppleve helsetjenesten «som sin» skal det gjennomføres inkluderende prosesser
- det skal legges vekt på å systematisere arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. Det legges vekt på at avtalene synliggjør likeverdighet mellom avtalepartene

- legge vekt på at ressursbruken i spesialisthelsetjenesten skal være i tråd med Stortingets bevilgninger og under økonomisk kontroll

Nærhet og trygghet

Regjeringens målsetting er at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester. Behandling og oppfølging skal fortsatt organiseres etter LEON-prinsippet (laveste, effektive omsorgsnivå). Organisering av tjenestene slik det framgår i kapitlet om kommunale helse- og sosialtjenester og i omtalen om lokalsykehus og prehospitale akuttjenester, vil være sentrale for å utvikle nærhet til brukerne. Det å ha en god tilgjengelighet til tjenester når man trenger det mest, er sentralt for å oppleve trygghet. Effektiv utveksling av informasjon er nødvendig for en trygg og effektiv helsetjeneste ved akutt sykdom og for god håndtering av kriser. På områdene prehospitale tjenester, beredskap, IKT og pasientsikkerhet er det behov for gjennomgående strategier og koordinerende nasjonal innsats for å ivareta befolkningens behov for nærhet og trygghet.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- evalueringen av fastlegereformen viste at tilgjengelighet til fastlegen var det område som pasientene var minst fornøyd med. Ni av ti pasienter med akutte tilstander blir behandlet i kommunehelsetjenesten og god tilgjengelighet hos fastlegen er dermed viktig for å oppnå trygghet til tjenestene. I planperioden vil departementet vurdere ulike tiltak for å øke tilgjengeligheten til fastlegene
- legevaktssystemet fungerer mange steder bra. I enkelte kommuner har det vært vanskelig å få på plass stabile løsninger som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp tjenester utenfor ordinær arbeidstid. Departementet vil i samarbeid med KS og Legeforeningen foreta en vurdering av hvordan det eventuelt kan utvikles virkemidler som bidrar til at flere kommuner kan etablere interkommunalt legevaktssamarbeid (IKL)
- lokalsykehusene skal videreutvikles for å ivareta behovet for generelle tjenester og være et bindeledd mellom de kommunale tjenester og sentraliserte/spesialiserte sykehusfunksjoner. Departementet vil følge opp Nasjonal helseplan med et arbeid for å tydeliggjøre lokalsykehuses oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og den samlede behandlingsskjede
- distriktpsikiatriske sentra (DPS) skal gi lokalt og spesialisert tilbud for pasienter med psykiske lidelser
- stimulere til utvikling av de ambulante/mobile teamene i spesialisthelsetjenesten slik at disse

- kan bistå det kommunale apparatet og sikre kompetanseoverføring.
- videreutvikle det nye nødnettet som et forutsigbart og moderne kommunikasjonssystem.
 - utvikle robust krisehåndtering og beredskap. Sentralt i arbeidet vil være å gjennomføre øvelser og opplæring og styrke informasjonsberedskap overfor publikum
 - sikre robuste forsyningssystemer av legemidler, materiell og andre innsatsfaktorer som kan bli begrensninger i en krisesituasjon
 - styrke det internasjonale samarbeid på helseberedskapsområdet både i WHO og EU
 - effektiv elektronisk samhandling mellom kommunene og foretakene fordrer et utviklingsarbeid for å finne felles systemløsninger. I planperioden vil departementet i dialog med KS, finne gode prosesser for arbeidet
 - videreutvikle og utvide innholdet i Norsk Helsenett
 - vurdere å innføre en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og elektronisk pasientjournal
 - etablere en ny uavhengig enhet for pasientsikkerhet som skal ha som mål å forebygge uønskede hendelser i helsetjenesten

Sterkere brukerrolle

Mange av dagens pasienter er aktive brukere som ønsker å få god informasjon slik at de selv kan ta gode beslutninger for å fremme egen helse. God informasjon, valgfrihet og medvirkning i egen behandling og i utforming av tjenestene er områder som vil bli vektlagt i planperioden.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- økt bruk av brukererfaringer som ledd i kvalitetsforbedring. Brukere av helsetjenesten har en unik kunnskap om hvordan tjenestene er organisert og oppleves. Dette er en lite utnyttet ressurs for å bedre kvaliteten i tjenestene. Brukerne vil være representert i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Brukerne vil trekkes systematisk med i arbeidet for å utvikle nasjonale retningslinjer
- pasienterfaringer vil bli systematisk brukt for å bedre samhandlingen i tjenestene. Det vil, i samarbeid med brukerorganisasjonene, utvikles tilbakemeldingssystem for samhandlingsproblematikk
- åpenhet og lettere tilgang på informasjon om tjenestene. For å sikre pasienter og brukere mulighet til å medvirke i utviklingen av egen behandling og tjenestetilbud, er det vesentlig at

det gis god informasjon om sykdom, hjelpetilbud og rettigheter. Det å ha god informasjon gir trygghet for befolkningen, man vet hvordan tjenestene er organisert og hva som ytes av tjenester

- videreutvikle valgmulighetene knyttet til fritt sykehusvalg og fastlegeordningen slik at pasientene får informasjon de synes er relevant for å kunne velge
- økt kunnskap om befolkningen og brukernes ønsker og preferanser. Som ledd i oppfølgingen av Nasjonal helseplan vil brukerorganisasjoner være sentrale når det foretas en årlig gjennomgang av status på området
- videreutvikling av pasientenes/brukerorganisasjonenes posisjon i forhold til foretak og kommuner

Faglighet og kvalitet

Norge har i et internasjonalt perspektiv høy kvalitet på tjenestene. Det er en rask utvikling i kunnskap og det utvikles nye metoder for diagnostikk, behandling og rehabilitering. Utviklingen gir muligheter for å bedre behandling og livskvalitet for pasienter. Samtidig vil mange av nyvinningene være svært kostbare og det er nødvendig å vurdere iverksetting av nye tiltak i lys av alternativ bruk av ressursene. Personell er den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgssektoren, og er sammen med kapital de sentrale innsatsfaktorene. Den kunnskap, kompetanse, erfaring og ferdigheter utøvere har, står for verdiskapningen i tjenesten. Helsetjenestenes raske utvikling er også en utfordring for personellsammensetning og kompetansestrategier. På den ene siden er det en utvikling mot mer spesialisert medisin mens man samtidig vil ivareta en trygg, lokalbasert og helhetlig helsetjeneste. Forskning er viktig i et kvalitets- og kompetanseperspektiv. Forskning genererer ny kunnskap som kommer til nytte i direkte pasientbehandling og vil også være en del av kunnskapsgrunnlaget for helsepolitikken. Helsesektoren har en viktig rolle som faglig bidragsyter og pådriver i lokalt folkehelsearbeid.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- etablere Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som skal bidra til en samordnet og helhetlig tilnærming til kvalitet og prioriteringer
- for å bidra til likeverdig tilbud tydeliggjøres Sosial- og helsedirektoratets rolle i det nasjonale retningslinje- og indikatorarbeid. Fagmiljøene vil ha en sentral rolle i utarbeiding av retningslinjer

- etablere en ny enhet for pasientsikkerhet som skal ha som mål å forebygge uønskede hendelser i helsetjenesten
- Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi, Og bedre skal det bli!, og arbeidet med oppfølgingen av denne vil være sentral i planperioden
- lett tilgjengelig kunnskap er viktig for å yte tjenester av god kvalitet. Departementet vil videreutvikle Nasjonalt helsebibliotek som kunnskapsbase for helsetjenestens medarbeidere
- det skal etableres bedre rutiner for å vurdere effekter og kostnader for store og nye investeringer, teknologi og innføring av nye kostnadskrevende behandlingsmetoder
- gjennom eierstyringen av regionale helseforetak i sterkere grad vektlegge nasjonal styring og samordning på tvers av regionene, blant annet på investeringsområdet, IKT og innen stab-/støttefunksjoner
- gjennom avtale med KS videreutvikle kvaliteten i de kommunale helse- og sosialtjenester
- i Nasjonal helseplan legges til grunn at det må etableres en kultur for kvalitetsutvikling og forbedring, det må legges til rette for faglig utvikling gjennom arbeid med kvalitetsregistre og lett tilgjengelig oppdatert kunnskap
- vurdere behov for å videreutvikle data- og beslutningsgrunnlaget for å framskrive behov for helsepersonell. Departementet vil gjennomgå nåværende virkemiddelbruk for fordeling av helsepersonell mellom fagområder, geografiske områder og spesialisthelsetjeneste og kommune med sikte på å iverksette tiltak for å motvirke skjevfordeling
- gjennomgå dagens rutiner og prosesser for å sikre at innholdet i utdanningene samsvarer med behovene
- oppgaver og ansvar for legefordeling vil bli gjennomgått og nødvendige endringer iverksatt. I tillegg vil departementet i planperioden, i nær dialog med aktørene, gjennomgå spesialistutdanningen for leger
- Norge har flere konkurransedyktige forskningsmiljø. Norge har videre flere store helseregistre og befolkningsundersøkelser og det vil være viktig å bruke disse fortrinn i utviklingen av forskningspolitikk
- på noen områder er det behov for å styrke særskilte områder som har lav forskningsaktivitet slik som pleie- og omsorgssektoren, allmennmedisin, rehabilitering mv.
- kunnskapsproduksjonen i medisinsk og helsefaglig forskning er stor internasjonalt, og departementet vil bidra til å gjøre ny kunnskap tilgjengelig slik at den kan bli tatt i bruk av tjenesteutøvere

Arbeid og helse

Helse- og sosialtjenesten skal bidra til at brukere av tjenestene i størst mulig grad mestrer eget liv, at de selv gjennom deltagelse i arbeid og aktiviteter i fritiden kan finne en meningsfull hverdag. For enkelte vil dette handle om å forebygge fravær ved å utvikle gode arbeidsmiljø og aktive helsefremmende strategier på arbeidsplassen, for andre vil det handle om rehabilitering og tilbakeføring til arbeid.

- arbeide for en folkehelsepolitikk der arbeidslivet er en viktig arena for å forebygge sykefravær og bedre folkehelsen
- initiere strategier for særlig utsatte grupper som for eksempel mennesker med psykiske lidelser for å redusere sykefravær og bidra til økt sysselsetting. Strategiene skal understøttes av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)
- utarbeide en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten. Gjennom rehabilitering med arbeid som mål kan en bidra til at flere kommer tilbake i arbeid. Helse- og sosialtjenesten skal samarbeide med den nye arbeids- og velferdsforvaltningen om å nå målet om å få flere i arbeid
- arbeid med helse, miljø og sikkerhet skal vektlegges og det skal rettes særskilt oppmerksomhet til årsakene til at arbeidsmiljøbelastningene oppstår.

6.6 Nasjonal koordinering på enkelte fagområder

I kap. 6.6 omtales utviklingsarbeid for at helsetjenestens behandling og oppfølging av den enkelte pasient skal bli bedre koordinert. Koordineringsutfordringene gjør seg også gjeldende på overordnet nivå, i forhold til de ulike fagområder, slik som psykisk helse, rus, rehabilitering mv. På overordnet nivå dreier det seg om at innsatsene på de mange delområdene i helsetjenesten er godt tilpasset hverandre. Det gjelder forebygging, helse- og sosialtjenestene som er forankret i kommunene, spesialisthelsetjenesten, utdanning, forskning mv. Det er et sentralt mål med Nasjonal helseplan å bidra til denne koordineringen. Som sektorpolitisk ansvarlig departement vil Helse- og omsorgsdepartementet ha et ansvar for at styringen av helsetjenestens ulike enheter best mulig tar opp i seg denne helhetstenkningen. Det legges også opp til samarbeidsformer med kommunene og kommunalt forankret helse- og omsorgstjenester som understøtter dette. Sosial- og helsedirektoratet vil også ha en sentral rolle i oppfølgingsarbeidet, gjennom å

iverksette koordineringstiltak og ved å etablere prosesser og arenaer som kan understøtte at helse-tjenesten på de ulike fagområdene fungerer mest mulig koordinert. Brukerorganisasjoner er sentrale samarbeidende aktører i dette arbeidet.

I en del tilfeller vil det være hensiktsmessig at det utarbeides særskilte strategier eller planer for enkelte fagområder, både for å understøtte riktig prioritering og god koordinering. Opptrappingsplanen for psykisk helse er et eksempel på et område der det ble erkjent behov for en ressursmessig og faglig styrking. Kreftplanen fra 1999 til 2003 er et eksempel på en gjennomført plan. Slike planer vil dels være forankret i særskilt behandling og vedtak fra Stortingets side og dels være forankret i departement og forvaltning innenfor rammen av den helsepolitikk som er trukket opp av Storting og regjering. Samlet sett kjennetegnes disse av stor bredde når det gjelder tema, omfang, varighet og bruk av virkemidler. For å lykkes i gjennomføringen er det viktig at de ulike strategiene ses i sammenheng og koordineres.

I dette kapitlet gis en overordnet omtale av planer og strategier på enkelte fagområder. Dette gjelder både planer som er vedtatt og er under gjennomføring, samt planer som er under utarbeidelse.

6.6.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse er det bygd opp et basistilbud som gjør at Norge langt på vei kan fremvise en moderne lokalbasert tjeneste i tråd med WHO's anbefalinger. Det er tilsatt om lag 6000 nye årsverk til psykisk helsearbeid i kommuner og helseforetak, det er etablert om lag 3400 omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser, om lag 70 distriktpsykiatriske sentre, og antall som får behandling har økt betydelig. Målet om 5 pst. dekningsgrad for barn og ungdom forventes nådd innen planens utløp. Det er iverksatt tiltak knyttet til arbeidslivet og tiltak for å sikre mennesker med alvorlige psykiske lidelser sosial kontakt og tilhørighet i eget lokalmiljø. Strategier for økt kunnskap om og endrede holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom, er etablert. De tradisjonelle sykehusavdelingene er under omstilling og skal ivareta spissfunksjoner.

Spesialisthelsetjenesten preges av «flaskehalser». Pasienttellingen fra Sintef (november 2003) viser at 40 pst. av samtlige pasienter innlagt på døgnavdeling, ville vært bedre tjent med oppfølging i kommunene etter behandlernes vurdering. Undersøkelser viser også at flere akuttavdelinger preges av overbelegg og for tidlige utskrivninger. En hovedårsak til dette synes å være manglende

samspill både innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom første- og andrelinjetjenesten, men det handler også om manglende kapasitet og kompetanse i andre deler av tjenesten. Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i løpet av 1. tertial 2006 et prosjekt i samarbeid med de regionale helseforetakene og Sintef Helse for å kartlegge og vurdere kapasitet, gjennomstrømning, samarbeid og bemanning ved sykehus og Distriktsmedisinske sentra (DPS) i forhold til akuttpsykiatriske tjenester for voksne. Resultatene av kartleggingen viser at det er store og uforklarlige variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder beleggspersent, dekningsgrad og andel utskrivningsklare pasienter. Kartleggingen gir ingen systematiske sammenhenger mellom antall akutt plasser målt per 100 000 innbyggere, og de andre kvantitative målene. Dette betyr at de områdene som har det høyeste antallet akutt plasser i forhold til befolkningsstørrelse ikke nødvendigvis har lavere belegg og lengre oppholdstider enn områder med et lavt antall akutt plasser i forhold til befolkningsstørrelse. Dette tyder på at kapasitetsproblemer innenfor de akuttpsykiatriske tjenestene ikke nødvendigvis skyldes mangel på plasser ved akuttavdelingene.

Ved rusreformen i 2004 fikk spesialisthelsetjenesten også ansvar for behandling av rusmiddelavhengige. Et av hovedformålene ved denne reformen var å knytte tjenestene for rusmiddelavhengige nærmere sammen med de øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Samordnede og samtidige tiltak i tilknytning til personer som både har rusmiddelproblem og psykisk sykdom representerer en særskilt utfordring, jf. omtale av opptrappingsplanen for rusfeltet under kap 6.6.2.

Det knytter seg imidlertid til dels betydelige utfordringer til det kvalitative innholdet i tjenestene. Dette kommer bl.a. til uttrykk ved mangelfull kompetanse i deler av tjenesten, fortsatt for dårlig tilgjengelighet, for svak samordning av tilbudet mv. Det kommunale tilbudet er preget av store variasjoner fra kommune til kommune.

Områder for særskilt oppfølging i helseplanperioden

Selv om opptrappingsplanen har bidratt til både å bygge ut og restrukturere hjelpetilbudet, vil det etter at planen utfases i 2008 gjenstå flere problemstillinger som krever fortsatt fokus fra nasjonale myndigheter.

I helseplanperioden vil departementet sette fokus på kvalitet og innhold i alle deler av behandlingsapparatet. Det vil videre bli lagt vekt på strategier og tiltak som styrker forebyggende arbeid, bidrar til sosial inkludering i lokalsamfunn og

arbeidsliv og tiltak rettet mot kunnskap og holdninger i befolkningen. Utvikling av de kommunale tjenestene er et sentralt satsningsområde, jf. 6.3.2. Utover dette vil bl.a. følgende områder bli gjenstand for oppfølging:

Sterkere satsing på forebyggende arbeid

Forebygging av psykiske helseplager har hittil vært blant de svakest utviklede sidene av opptrappingsplanen, og er dårlig utviklet i kommunene. Det er derfor behov for å sikre en mer effektiv gjennomføring av forebyggende tiltak samtidig som det satses sterkere på dokumentasjon, kunnskapsutvikling og forskning, jf. omtalen i kap. 6.3.1 om forebygging.

Holdninger i samfunnet – stigmatisering

Kampen mot stigmatisering vurderes som sentralt for å lykkes i tilknytning til å etablere et verdig liv for mennesker med psykiske lidelser. Innenfor rammen av opptrappingsplanen for psykisk helse er det iverksatt en omfattende kommunikasjonsstrategi med siktemål å bedre kunnskapene om psykisk helse og psykisk sykdom i befolkningen.

Brukerperspektivet

Å integrere mestrings- og brukerperspektivet i den faglige tenkningen representerer en særskilt faglig utfordring for tjenesteapparatet. Brukerperspektivet forutsetter at det utvikles en samarbeidsrelasjon hvor bruker/pasient og behandler bidrar med hver sin kunnskap. Dette betyr ikke at fagkunnskapen er mindre viktig enn før, men at den må settes inn i en ny sammenheng. Pårørende er som regel en sentral samarbeidspart, samtidig er det nødvendig at de pårørende selv får vurdert sin egen situasjon og får tilstrekkelig støtte og avlastning. Bruker, pårørende- og mestringsperspektivet vil i samarbeid med tjenesteapparatet og brukerorganisasjonene bli fokusert gjennom helseplanperioden.

Kvalitet i tjenesten

Å heve kvaliteten i den samlede tjenesten vurderes som den største utfordringen for hvordan helsetjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser framstår. Som et ledd i arbeidet med Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten, ...og bedre skal det bli!, jf. omtale i kap. 6.4.1 har departementet startet et arbeid med å definere tydeligere mål som bedre definerer hva kvalitet i tjenesten innebærer, og å utvikle indikatorer som kan belyse utviklingen. Formålet med dette er

først og fremst å bidra til kvalitetsforbedring lokalt, men også å kunne følge med i hvordan tjenesten utvikler seg for alle nivåer i systemet. Dette vil eksempelvis handle om tilgjengelighet, åpningstider, ventetider, mål på god akuttjeneste, brukertilfredshet, mål vedrørende bruk av individuell plan, effektiv bruk av ressurser mv.

Strategi for implementering og oppfølging

Øremerking av driftsmidler med tilhørende vilkår, direkte styring av investeringsmidler, faglige veiledere, konferanser, etablering av kompetansesentre, direkte styringssignaler til de regionale helseforetakene og etablering av rådgivningsapparat hos fylkesmennene for oppfølging av kommunene, er sentrale virkemidler i opptrappingsplanen. Når erfaringen at man ved disse virkemidlene etter sju år ikke har oppnådd tilstrekkelig kvalitativ utvikling av tjenesten, er det behov for å vurdere en tettere oppfølging av kommuner og tjenestesteder som ikke foretar tilstrekkelig omstilling eller oppnår tilstrekkelig gode resultater. Departementet vil sammen med KS og de regionale helseforetakene drøfte hvordan en tettere oppfølging bør finne sted i slike tilfelle.

Barn og unge

Barn, unge og familiers behov for spesialisthelsetjenester må sees i sammenheng med etablering av en god og effektiv førstelinjetjeneste, fordi etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i betydelig grad er avhengig av tilgjengelige tilbud for barn og unge i kommunehelsetjenesten, og i hvilken grad kommunehelsetjenesten velger å henvise videre til spesialisthelsetjenesten.

I 2006 ble det markert overfor de regionale helseforetakene at tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige er særskilt prioritert. Barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre skal sikres oppfølging. Videre skal det iverksettes tiltak som gir bedre tilgjengelighet gjennom ambulante team og økt åpningstid ved poliklinikker. Departementet vil styrke retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse gruppene ved innføring av en særskilt ventetidsgaranti. Rapport fra en arbeidsgruppe som har vurdert hvordan en slik ventetidsgaranti kan utformes og etableres, er sendt på høring med frist 1. november 2006.

Forebygging av farlige handlinger

Det er sjelden at personer med psykiske lidelser utfører farlige handlinger overfor annen person, og det er ikke dokumenterte holdepunkter for at psy-

kisk sykdom i seg selv fører til farlige handlinger. Personer med psykiske lidelser er imidlertid sårbare og risikoutsatte med hensyn til å begå uhensiktsmessige handlinger i forhold til langvarig avvisning eller utstøtelse fra samfunnet, og i forhold til akutt pressede situasjoner som de ikke mestrer. Kombinasjonen av traumatiske opplevelser og langvarig avvisning fra samfunnet synes å være en særlig kritisk faktor. Mangel på bolig, arbeid, sosialt nettverk og trygge rammer, diskriminerende holdninger mv. er viktige utstøtningsmekanismer. I forhold til tjenesteapparatet vil mangel på tilbud, for sen hjelp, manglende oppfølging og kontinuitet være kritiske faktorer. Dette betyr at de generelle tiltakene i opptrappingsplanen er av stor betydning for å forebygge farlige handlinger. Det er i tillegg iverksatt eller planlagt en rekke tiltak i regi av berørte departementer i tilknytning til tjenester og tilbud til innvandrere og asylsøkere, og innenfor området vold og traumatisk stress generelt. Den faglige utviklingen innen sikkerhetspsykiatri, sikkerhetsperspektivet og behovet for oppfølging etter utskrivning blir vektlagt. Vurdering av selvmordsfare og farlige handlinger i forhold til andre vil bli tillagt økt betydning. En del personer med adferdsavvik har betydelige problemer med å leve et vanlig liv i sitt lokalsamfunn, både pga. adferd og gjentatt kriminalitet. Mange av disse vil være for syke til å sone i fengsel, samtidig som de ikke tilfredsstiller kravene for tvungent psykisk helsevern. Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet foretar derfor en gjennomgang av regelverket og en vurdering av hvilken type tiltak som er best egnet for denne gruppen.

Utdanning og rekruttering

Det må være en sammenheng mellom faglig fokus i grunnutdanninger og spesialistutdanninger og samfunnsmessige utfordringer, herunder de politiske signalene i opptrappingsplanen. Blant annet er det viktig å avveie mellom fokusering på individuell sykdom og et helhets- og samfunnsperspektiv i utdanningene. Mestrings- og brukerperspektiv er en del av dette. Disse spørsmålene vil bli fulgt opp i dialog med utdanningsmyndighetene. Med hensyn til rekruttering og utdanningskapasitet vises forøvrig til omtale i kap. 6.4.2.

Rus og psykisk helse

Undersøkelser har vist at det er en betydelig andel av de inneliggende pasientene i akutenhetene innen psykisk helsevern som ved siden av sine psykiske lidelser også har til dels omfattende rusmid-

delproblemer. Også i andre deler av psykisk helsevern meldes det om at pasienter ved siden av sine psykiske lidelser, også har rusmiddelproblemer. De fleste av disse pasientene får ikke et tilfredsstillende behandlingstilbud for sine sammensatte lidelser. Forskning viser at for denne pasientgruppen oppnår man de beste behandlingsresultatene der det blir tilrettelagt samordnede og helhetlige behandlingstilbud der behandlingen av de sammensatte lidelsene skjer samtidig. Utvikling av kompetanse og arbeidsmetoder vil bli fokusert gjennom helseplanperioden.

Arbeid og psykisk helse

Som et ledd i opptrappingsplanen er en strategi for arbeid og psykisk helse under utarbeidelse. Formålet med strategien er at mennesker med psykiske lidelser skal få en bedre mulighet til å utnytte egen arbeidsevne. Strategien skal favne hele spekteret av mennesker med psykiske lidelser, og understøttes av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).

Forskning

Det er mangel på kunnskap om årsaker, omfang og utbredelse av psykiske lidelser i befolkningen. Gjennom Nasjonalt folkehelseinstitutt er det iverksatt en betydelig opptrapping av innsatsen på området. Videre skal Program for psykisk helse (2006–2010) under Norges forskningsråd bidra til utvikling av relevant kunnskap om psykisk helse med sikte på å fremme den psykiske helsen og bidra til å redusere rusmiddelproblemer i samfunnet. Det vil i helseplanperioden bli tatt standpunkt til eventuell videreføring av programmet.

6.6.2 Opptappingsplan for rusfeltet

De konkrete budsjettforslagene og opplegget for forsterket satsing på rusfeltet i 2007 omtales foran under budsjettkapitlene. Det er gitt en samlet presentasjon av satsingen for 2007 under kapittel 718.

Departementet vil høsten 2006 ferdigstille en opptrappingsplan for rusfeltet, jf. Soria Moria-erklæringen. Det er dette planarbeidet som omtales i det følgende.

Rusmiddelavhengige har høyest sykkelighet og dødelighet i vårt land. Statens institutt for rusmiddelforskning anslår at 30 000 mennesker kan ha et behandlingstrengende alkoholproblem, og at 11 000–15 000 er sprøytemisbrukere (nye estimater vil foreligge høsten 2006). Ventetiden til vurdering, avrusning og behandling er for lang. Det står

om lag 500 på venteliste til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) etter langvarig narkotikamisbruk, til tross for at kapasiteten for denne behandlingsformen er økt betydelig de senere årene. En stor gruppe mennesker, om lag 20 000, har både psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Rusmiddelavhengige er den gruppen som er vanskeligst stilt på boligmarkedet. Det er gjort beregninger som viser at 5500 personer var bostedsløse i 2005, mange av disse har rusmiddelproblemer.

Utfordringene på rusmiddelområdet er store og økende. Alkoholforbruket i den norske befolkningen øker selv om nordmenns forbruk fremdeles er langt lavere enn hos våre europeiske naboer. Forskning viser at det er en sterk sammenheng mellom totalforbruket av alkohol og omfanget av sykdom, skader og ulykker. Verdens helseorganisasjon har rapportert at det er sammenheng mellom alkoholbruk og over 60 ulike diagnoser, herunder flere krefttyper.

I Norge har det over lang tid vært et politisk flertall for en restriktiv rusmiddelpolitikk. Dette har blant annet kommet til uttrykk gjennom bevisst bruk av virkemidlene pris og tilgjengelighet i alkoholpolitikken. Forskning viser sammenheng mellom pris og totalkonsum. Den norske strategien har vært avgjørende for lavere gjennomsnittlig konsum i vårt land og derav færre alkoholrelaterte skader og sykdommer. En rapport bestilt av EU-kommisjonen framhever den type tiltak som er iverksatt i Norge som blant de mest vellykkede. En god rusmiddelpolitikk vil være både å videreføre tiltak som vi vet virker og å fremme nye tiltak innen forebygging, behandling og oppfølging.

Departementet ser med bekymring på både dagens status og utviklingen på området og vil møte utfordringene gjennom opptrapping av aktivitet og virkemidler på flere områder gjennom helseplanperioden.

Fastlegereformen, sykehusreformen, rusreformen og ny arbeids- og velferdsforvaltning har lagt de organisatoriske rammene for tilbudet til rusmiddelavhengige. Departementet vil gjennom arbeidet i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten synliggjøre at rusmiddelspørsmål er en del av det integrerte arbeidet i helse- og sosialtjenesten. Et vesentlig formål med rusreformen var å legge til rette for at alle deler av helse- og sosialtjenesten bedre kunne ivareta sitt ansvar for personer med rusmiddelproblemer – både når det gjelder behandling knyttet til rusmiddelproblematikk og tiltak innenfor psykisk helsevern og somatikken. Utgangspunktet er at det ordinære tiltaksapparatet også skal være tilgjengelig for personer med rus-

middelproblemer. Det skal ikke etableres særomsorg for rusmiddelavhengige. Reformen skal følges opp. Tjenestetilbudet til denne gruppen skal inngå som en del av det ordinære tilbudet enten det gjelder helsetjenester, bolig eller arbeids- eller aktivitetsrettete tiltak. Rusmiddelavhengige vil også være en viktig målgruppe for departementets særskilte satsninger i fattigdomsarbeidet, arbeid gjennom strategien På vei mot egen bolig og arbeid gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Departementet mener likevel at det på enkelte områder vil være nødvendig å møte behovet på forebyggingssiden og rusmiddelavhengiges behov med særskilte tiltak, jf. Soria Moria-erklæringen. På denne bakgrunn vil departementet høsten 2006 ferdigstille en opptrappingsplan som skal legge faglig fundament for et arbeid med sikte på økt innsats.

Opptrappingsplanen skal ta utgangspunkt i at departementet vil basere sin rusmiddelpolitikk på likeverd for den enkelte rusmiddelavhengige og solidaritet med pårørende og barn som opplever de negative konsekvensene av rusmidler. Det skal satses på forebygging, behandling og oppfølging. Det skal tilrettelegges for omsorgstiltak for rusmiddelavhengige som har behov for dette. Alle skal gis mulighet for verdighet i et vanskelig liv. For departementet er det viktig at alkohol ikke er eller blir, en ordinær handelsvare selv om alkohol er en lovlig vare som det store flertallet av voksne i befolkningen bruker. For å redusere de negative konsekvensene av alkoholkonsum skal tiltak for å begrense totalforbruket fortsatt prioriteres. Dette er en utfordring fordi effektive virkemidler samtidig griper inn i den enkeltes handlefrihet.

All narkotika er, og skal fortsatt være ulovlig. Bekjempelse av produksjon, innførsel og omsetning av narkotika skal derfor være en sentral del av departementets rusmiddelpolitikk. Det skal også legges vekt på tiltak som reduserer etterspørselen etter narkotika. Her skal det rettes et særlig fokus mot barn og unge. Tjenestene til personer med rusmiddelproblemer skal være preget av respekt, verdighet og solidaritet. Moralisme hører ikke hjemme i rusmiddelpolitikken.

Det overordnede målet for opptrappingsplanen vil være å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. For best mulig å ivareta det overordnede målet, skal departementet i planperioden føre en politikk med vekt på fem mål. Disse vil danne grunnlaget for departementets opptrappingsplan på rusområdet.

Gi rusmiddelpolitikken et tydeligere folkehelseperspektiv

Økt forbruk av rusmidler innebærer at de mest sårbare for rusmidlenes negative konsekvenser blir enda mer utsatte. Departementet ønsker et tosidig fokus. På den ene siden tiltak som er rettet mot hele befolkningen, og på den andre siden tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper. Faktorer som bidrar til bedre helse skal styrkes, og det skal arbeides aktivt for å svekke faktorer som medfører helserisiko.

Heve kvaliteten og kompetansen på rusfeltet

Det er behov for å styrke kvaliteten på tjenestene og øke kompetansen blant ansatte i rusfeltet. Tilbudet til personer med rusmiddelproblemer skal være kunnskapsbasert og av god kvalitet. Det er behov for å systematisere arbeidet med forebygging, utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av rusmiddelavhengige. Behandlingen og oppfølgingen må i langt større grad sees i sammenheng med andre fagområder. Organiseringen av tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling må i større grad tilpasses organiseringen og strukturen i den øvrige spesialisthelsetjeneste. Psykisk helsearbeid i kommunene har mange likhetstrekk med arbeid med rusmiddelavhengige, og tilrettelegging og tett oppfølging i forhold til arbeidsliv, aktiviteter, bolig, boevne og sosial fungering er like viktige elementer i arbeidet med rusmiddelavhengige som overfor mennesker med psykiske lidelser.

Tilgjengelig kunnskap skal benyttes bedre, og ny kunnskap skal vinnes gjennom kompetanseheving og forskning, blant annet gjennom etableringen av et nytt rusmiddelforskningsprogram i Norges forskningsråd.

Bidra til sosial inkludering og mer tilgjengelige tjenester

Personer med rusmiddelproblemer må få raskere hjelp på alle nivå i behandlings- og rehabiliteringskjeden. Særlig viktig er det at kommuner og spesialisthelsetjenesten prioriterer tiltak rettet mot barn og unge og tiltak for tidlig intervensjon. Tiltak som sikrer bedre tilgjengelighet i tjenestene og som ivaretar behovet for sosial inkludering, skal prioriteres. Personer med rusmiddelproblemer må få de tjenestene de har behov for og krav på, et godt sted å bo og tilpassede hjelpe- og rehabiliteringstiltak. Det må utvikles gode og sikre rutiner for utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og ved løslatelse fra fengsel. For de som har behov for dette bør det

alltid være tiltak på plass ved utskrivning eller løslatelse. Ventetiden til vurdering, avrusning og behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering, må reduseres.

Legge til rette for at de som yter tjenester samhandler og samordner seg

Mange rusmiddelavhengige har behov for at ulike tjenesteytere samhandler om et helhetlig tilbud. Det skal derfor legges større vekt på tiltak som er rettet mot mer forpliktene samhandling, både på systemnivå og på individnivå. Det skal legges bedre til rette for en best mulig samhandling og samordning mellom de som yter tjenester til beste for den enkelte pasient, blant annet gjennom å stimulere til at individuell plan tas i bruk i henhold til lovgivningen, til at kommunale rusmiddelpolitiske handlingsplaner utarbeides, og gjennom å legge til rette for bruk av formaliserte avtaler mellom helseforetak og kommuner.

Sikre brukere innflytelse på tjenestene de mottar og pårørende bedre ivaretagelse

Retten til medvirkning står sentralt i sosial- og helsetjenestene. Det er fortsatt et stykke igjen før bruker- og pårørendeperspektivet er fullt ut implementert. Pårørende til rusmiddelavhengige skal i større grad ivaretas og synliggjøres i den kommunale sosial- og helsetjenesten og innenfor spesialisthelsetjenesten. Det skal settes i gang tiltak for å øke brukerinnflytelsen i sektoren og for å sikre at tjenestetilbudet utformes på en måte som er tilpasset den enkeltes individuelle behov.

I henhold til dette vil departementet videreføre og følge opp arbeidet på rusfeltet gjennom de løpende budsjettprosesser, herunder gjennom helhetlige satsinger og prioriteringer i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

6.6.3 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten

Soria Moria-erklæringen sier at regjeringen vil sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det. Gjennom en nasjonal strategi for styrking av helse- og sosialtjenestenes habiliterings- og rehabiliteringstjenester som ferdigstilles høsten 2006 vil Helse- og omsorgsdepartementet bidra til at dette målet skal nås.

Habilitering og rehabilitering er et lovpålagt virksomhetsområde i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Forskrift om rehabilitering og habilitering med hjemmel i kommunetjenesteloven og

spesialisthelsetjenesteloven har som mål å sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltaelse. Et habiliterings- og rehabiliteringstilbud kan også inkludere andre sektors tjenester, som sosiale tjenester, arbeid, skole, fritid mv. Tjenestene skal utformes og gis i samarbeid med brukerne. Dette er blant annet fulgt opp med en lovfestet rett til overordnet individuell plan og en forskrift som tydeliggjør kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar på feltet.

Habilitering og rehabilitering synes ikke å ha hatt tilstrekkelig prioritet, verken i kommunene eller innenfor spesialisthelsetjenesten. Både brukerorganisasjoner og fagmiljøer har påpekt behovet for å styrke helsetjenestenes rehabiliteringstilbud. Dette gjelder spesielt habilitering av barn, styrking av voksenhabiliteringstilbudet, tilbudet til personer med alvorlig hodeskade og å bedre rehabiliteringstilbudet til voksne med synshemming.

Opptreningsinstitusjoner, helsesportssentre mv. og lungesykehus yter rehabiliteringsrettede tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Fra 2006 er bestilleransvar og finansieringsansvar overført til de regionale helseforetakene.

Et overordnet mål for sosialtjenesten og store deler av pleie- og omsorgstjenesten er å bidra til at den enkelte får et selvstendig liv og kan delta i fellesskap med andre. Både kommunale sosiale tjenester og pleie- og omsorgstjenestens rolle i re/habilitering vil bli omfattet av strategidokumentet.

Helse- og sosialtjenesten skal samarbeide med den nye arbeids- og velferdsforvaltningen om å nå målet om å få flere i arbeid. Helse- og sosialtjenestens tiltak innenfor rehabiliteringsfeltet må derfor sees i sammenheng med statlige arbeidsrettede tiltak. Dette vurderes særskilt sammen med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, og omtales i stortingsmeldingen om arbeid, velferd og inkludering. Gjennom rehabilitering med arbeid som mål kan en bidra til at flere kommer tilbake i arbeid. Dette er et viktig mål for helse- og sosialtjenesten.

Den nasjonale strategiens innhold

Strategien vil gi en omtale av habiliterings og rehabiliteringsvirksomhet innenfor kommunene og spesialisthelsetjenesten. Mål, utfordringer og tiltak vil være sentrale temaer i dokumentet.

Strategien vil bl.a. sette fokus på:

- behovet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester
- samhandling
- kvalitet i tjenestene

- forskning
- kunnskap og kompetanseheving

Noen av områdene som vil bli omtalt i strategien er:

- opptreningsinstitusjoner, helsesportssentre mv. og lungesykehus sin plass i spesialisthelsetjenesten framover
- voksenhabiliteringstjenesten. Med bakgrunn i en gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten i 2005 vil det i strategien skisseres hovedlinjer for framtidig utvikling og organisering av denne tjenesten
- barnehabiliteringstjenesten, herunder 30 ulike prosjekter som er satt i gang i de regionale helseforetakene for bl.a. å utvikle kompetanse og bedre tjenestetilbudet
- rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlig hodeskade
- rehabiliteringstilbudet til voksne med synshemming

Med utgangspunkt i et brukerperspektiv vil det i strategien stilles forventning til tjenesten og til brukerens deltakelse, både på individ- og systemnivå. Strategien vil ha tjenestene som sin primære målgruppe.

6.6.4 Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009)

Kreftstrategien er en videreføring av satsningen gjennom nasjonal kreftplan (1999–2003) og en oppfølging av rapporten Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen – kvalitet, kompetanse og kapasitet (juni 2004). Departementet har gjennom Nasjonal strategi for kreftområdet gitt en overordnet referanseramme for Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, kommunene og andre relevante myndighetsorganer og tjenester. Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009 inneholder nasjonale målsettinger og tiltak innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og forskning.

For å sikre en helhetlig oppfølging av kreftstrategien er Sosial- og helsedirektoratet tildelt en nasjonal koordinerende rolle. En strategidirektør for kreftområdet er ansatt for å sørge for at fokuset på området blir opprettholdt og at målsettingene i strategien blir fulgt opp med konkrete tiltak i tjenestene. Selv om kreftstrategien primært omfatter helseområdet, vil koordineringsrollen i Sosial- og helsedirektoratet sikre en helhetlig oppfølging også mellom helse- og sosialfeltet. Direktoratet har også ansvar for å opprette fora for kontakt med relevante aktører inkludert frivillig sektor.

I forebygging av kreft inngår en rekke generelle folkehelseiltak som bedre kosthold, mer fysisk aktivitet og røykfrihet. Hovedfokus vil være å gjøre de sunne valgene enklere, tilrettelegge for lavterskeltiltak i lokalsamfunn og nærmiljø, og å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten.

Som et ledd i forebygging av kreft er det foreslått en styrking av Statens strålevern til arbeidet med å bistå kommuner og byggebransjen med informasjon og kompetanseheving om radon, jf. omtale kap. 715, post 01. Det vil arbeides videre for å sette i verk kostnadseffektive radonforebyggende tiltak.

Det er etablert screeningprogrammer på livmorshalskreft (Masseundersøkelsen mot livmorshalskreft) og brystkreft (Mammografiprogrammet). Departementet ønsker å videreføre satsningen på disse screeningprogrammene, herunder å evaluere om de fungerer etter intensjonene.

Det er et mål at kreftbehandlingen skal være likeverdig uavhengig av kjønn, økonomi og bosted. Et av de viktigste tiltakene i kreftstrategien for å motvirke ulikheter og forskjeller i utredning og behandling ligger i dens satsning på nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling. Handlingsprogrammene skal bidra til at det offentlige tilbudet blir likeverdig over hele landet, og vil inneholde retningslinjer for hele behandlingsforløpet for de ulike kreftformene; fra mistanke om kreft til utredning, diagnostikk, behandling og medisinsk rehabilitering. Det skal også utarbeides et forslag til ordning for kontinuerlig oppdatering av handlingsprogrammene, herunder tidlig varsling av ny teknologi og metoder.

God samhandling mellom tjenester og forvaltningsnivåer vil bidra til å løfte kvaliteten på kreftområdet. Det understrekes i kreftstrategien at godt samarbeid, kommunikasjon og kontinuitet er viktig for å skape helhetlige behandlingsskjeder både i møte mellom behandler og pasient, men også mellom de ulike sektorene i helsetjenesten. Samhandling omfatter også samarbeid med frivillig sektor der foreningene fungerer som et supplement til det offentlige tilbudet. Departementet ønsker derfor at frivillig sektor fortsatt skal ha gode vilkår for å yte ikke-kommersielle tjenester.

To viktige tiltak for å få bedre kunnskap om eventuelle ulikheter i behandling og behandlingsresultater av kreftsykdom er satsingen på kreftforskning og på etableringen av nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor kreftområdet. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre vil, sammen med tilgjengelig data i Kreftregisteret, kunne si noe om variasjon i medisinsk praksis og ikke minst resultater og bivirkninger av behandling.

Det er et mål at det palliative tilbudet skal bedres. Rehabilitering og smertelindring skal desentraliseres slik at tilbudene kan ytes nærmere pasientene. Det arbeides med etablering/videreutvikling av palliative team.

Det skal utformes korrekt og nøytralt informasjonsmateriell om alternativ medisin for kreftpasienter.

En viktig målsetting i nasjonal kreftstrategi er å gi kreftpasientene bedre hjelp til å kartlegge sine ikke-medisinske behov, og informasjon om og hjelp til å ivareta sine rettigheter også på de ikke-medisinske områdene.

6.6.5 Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2010)

For å møte utfordringene på diabetesområdet på en systematisk og offensiv måte, har departementet utarbeidet en nasjonal strategi for diabetesområdet (lagt fram juli 2006) som inneholder en statusbeskrivelse, samt nasjonale målsettinger og tiltak innenfor primærforebygging, diagnostisering, behandling og sekundærforebygging, rehabilitering, utdanning og forskning.

Sosial- og helsedirektoratet er tillagt en nasjonal koordinerende rolle i den videre oppfølgingen av diabetesstrategien. Det er ansatt en strategidirektør i direktoratet som skal ha ansvar for denne funksjonen. Denne rollen skal ikke endre ansvar som de ulike aktørene har, men skal sikre at det fortløpende er et systematisk og helhetlig blikk på gjennomføringen av diabetesstrategien.

Type 1-diabetes kan i dag ikke forebygges fordi vi ikke vet hvilke faktorer som er med på å utløse sykdommen. Endringer i livsstil kan redusere forekomsten av type 2-diabetes og forhindre og utsette senkomplikasjoner både for type 1- og type 2-diabetes.

Utfordringene for det primærforebyggende helsearbeidet på diabetesområdet er i stor grad sammenfallende med forebygging av andre livsstilrelaterte sykdommer. Forebygging av type 2-diabetes sees i sammenheng med St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for sunnere Norge, og Handlingsplanen for fysisk aktivitet, Sammen for fysisk aktivitet.

Å identifisere personer med høy risiko for å utvikle type 2-diabetes er viktig. Kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene er viktig for å identifisere personer med høy risiko for utvikling av diabetes type-2, siden de aktuelle personene ofte vil bli fanget opp her. Det faglige opplegget for Grønn resept vil ofte kunne brukes også overfor denne målgruppen. Vektreduksjon vil gjerne stå sentralt.

En av de viktigste oppgavene for den nye koordineringsfunksjonen i Sosial- og helsedirektoratet blir å utarbeide en høyrisikostrategi som både inkluderer generelle tiltak og tiltak rettet mot individer.

Tidlig diagnostisering, god behandling og sekundærforebygging gjør at personer med diabetes får bedre livskvalitet, et lengre liv og færre senkomplikasjoner. De viktigste elementene i behandlingen er pasientopplæring, egenkontroll og medikamenter. For å sikre at behandlingen som tilbys skal være likeverdig uavhengig av bosted og økonomi, skal Sosial- og helsedirektoratet utarbeide faglige retningslinjer for diagnostisering, behandling og oppfølging av denne pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. For kommunehelsetjenesten ønsker departementet å understøtte videre implementering av Norsk selskap for allmennmedisinsk handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis.

Departementet ønsker å øke kunnskapsgrunnlaget om utbredelse, forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes. Spesielt må forekomsten av diabetes kartlegges slik at antallet personer med diabetes kan anslås mer presist.

6.6.6 Nasjonal KOLS-strategi

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en av de nye store folkesykdommene. På 1950- og 1960-tallet var KOLS eller et tilsvarende sykdomsbilde nesten ukjent i helsetjenesten. I dag har anslagsvis 200 000 personer i Norge KOLS. Dette er en kronisk sykdom med betydelig sykkelighet, uførhet og dødelighet, og årsaken til de fleste tilfellene av KOLS er tobakksrøyking. Eksponering for farlige stoffer i arbeidslivet og genetiske faktorer har også betydning for utvikling av sykdommen. En ny befolkningsundersøkelse fra vestlandet indikerer at om lag halvparten av dem som har KOLS, ikke er diagnostisert. Dette reduserer mulighetene for forbyggende og sykdomsbegrensende tiltak.

For å møte disse utfordringene ferdigstilles det en Nasjonal strategi for KOLS-området som omfatter forebygging, oppfølging/rehabilitering, utdanning og forskning. Sosial- og helsedirektoratet og brukerorganisasjonene har bidratt med faglige innspill i løpet av prosessen. Denne strategien er i tråd med signaler som ble gitt Stortinget i interpellasjon den 11. april 2005. Saken er også omtalt i St.prp. nr. 1 (2005–2006). Tre viktige fokusområder for KOLS-strategien er:

- forebygging av KOLS
- oppsporing og diagnostisering av KOLS-rammede
- oppfølging og rehabilitering av personer som lever med KOLS

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for den nasjonale oppfølgingen og koordineringen av strategien. For å sikre god oppfølging av strategien skal det opprettes et nasjonalt KOLS-råd bestående av representanter for brukerne og fagmiljøene. Rådets viktigste oppgave vil være å gi råd i den videre konkretiseringen av strategien og sørge for et helhetlig blikk på KOLS-området.

Det er en klar målsetting at nye tilfeller av KOLS skal forebygges gjennom tiltak rettet inn mot redusert tobakksbruk. Videre skal det forebyggende KOLS-arbeidet bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Utfordringene innen det forebyggende arbeidet på KOLS-området er i stor grad sammenfallende med forebygging av andre livsstilsrelaterte sykdommer, og de samme virkemidlene bør tas i bruk. Det er derfor viktig å se ulike handlingsplaner og strategier på dette området i sammenheng.

Personer med KOLS har behov for å bli møtt av en helsetjeneste som tilbyr en sammenhengende behandlingsskjede innad i tjenesten og mellom tjenestenivåene, og behandlingen som gis må være individuelt tilpasset. Tidlig diagnostisering og riktig behandling bidrar til å redusere komplikasjoner og forverring av sykdommen.

Disse pasientene trenger god opplæring for å kunne leve best mulig med sin kroniske sykdom, og informasjon, opplæring og veiledning blir derfor sentrale elementer i behandlingen. Etableringen av Lærings- og mestringssentre (LMS) ved alle helseforetak er et viktig element i ivaretagelsen av dette ansvaret. Per i dag finnes det om lag 40 LMS og flere er under planlegging, men det er store variasjoner i hvilke tilbud det enkelte LMS har. Det blir derfor en utfordring å utvikle opplærings- og rehabiliteringstilbud som sikrer tilstrekkelig opplæring til denne gruppen.

Hovedformålet med medikamentell behandling av KOLS er å minske symptomene, redusere antall og alvorlighetsgrad av akutte forverringer, bedre den generelle helsetilstanden og gi større toleranse for anstrengelse. KOLS er en sykdom med et vidt spekter av symptomer og med store individuelle forskjeller. Det er derfor viktig at det medikamentelle behandlingstilbudet tilpasses den enkelte pasient.

Rehabilitering vil kunne ha gunstig effekt i forhold til livskvalitet, fysisk form og mestring av sykdommen, og må være individuelt tilpasset. Målet er å oppnå best mulig funksjonsevne og selvstendighet. Brukerorganisasjonene og likemannsarbeidet er en viktig del av rehabiliteringstilbudet.

Departementet ønsker å styrke forskningen på kroniske sykdommer, herunder KOLS. Dette gjøres i all hovedsak i regi av Norges forskningsråd

og de regionale helseforetakene. For ytterligere omtale av forskningssatsingen se kap. 6.4.3.

6.6.7 Kvinnehelsestrategi (2003–2013)

En strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge. Strategien bygger i hovedsak på kunnskap og tilrådinger presentert i NOU 1999: 13, Kvinners helse i Norge. Utredningen viste at vi trenger mer kunnskap om kvinners helse og sykdom. Samtidig finnes mye viktig kunnskap som ikke tas i bruk eller får prege helsepolitiske beslutninger og praksis i helsevesenet.

To tendenser innen helse- og velferdsfeltet er godt dokumentert. En tendens er at kvinner og menn behandles likt til tross for at problemer, ressurser og behov kan være ulike. Kunnskapsgrunnlaget bygger ofte på studier av menn, slik at «likebehandlingen» er dårligere tilpasset kvinnelige pasienter. En annen tendens er at kvinner og menn behandles ulikt – ikke som svar på ulike behov, men som uttrykk for tjenesteytneres manglende kunnskaper om betydningen av kjønn. Dette innebærer for det første at innbyggerne ikke får optimale tjenester, og bryter for det andre med likestillingsmål og lovkrav. Fordi kvinner og menn er forskjellige, vil man i noen tilfeller måtte ta i bruk ulike virkemidler overfor kvinner og menn for å oppnå lik effekt.

Mangel på kjønnstilpasset behandling innenfor helsefeltet har slått særlig uheldig ut for kvinner. Både internasjonalt og nasjonalt er det reist spørsmål om hvorvidt kunnskapsgrunnlaget om ulikheter i helse, sykdom og levekår har kjønnsbaserte skjevheter. Det synes også å være mangelfull kunnskap og forståelse av årsakssammenhenger og behandling for en del sykdommer og lidelser som særlig rammer kvinner.

Oppfølgingen av kvinnehelsestrategien er konsentrert om to akser. Den ene er å inkludere et kjønnsperspektiv i all virksomhet hvor dette er relevant. Den andre er å fokusere spesielt på sykdommer som utelukkende kvinner lider av, eller

sykdommer hvor kvinner er i flertall eller har spesielle vansker.

Departementet har bedt de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet om å legge vekt på at helsetjenestene skal utvikles i et kjønnsperspektiv og at spesielle utfordringer knyttet til kvinners og menns helse må møtes med tilstrekkelig kunnskaper og ressurser. Behov for ivaretagelse av kjønnsperspektivet og bevisstgjøringen om kjønnsforskjeller i all klinisk forskning er ivare tatt gjennom krav til de regionale helseforetakene og til Norges Forskningsråd. Kravet er også nedfelt i forskningsrådets nye programplaner for henholdsvis klinisk praksis og helse- og omsorgstjenester. I Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006–2012 er forskning på kvinners helse vektlagt. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM) er gitt et særskilt ansvar for å forvalte retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning.

Norges Forskningsråd utarbeidet i 2005 en statusrapport for forskning på kvinners helse, hvor det pekes på behov for ytterligere forskning på en rekke områder. Forskning på kvinners helse er gjennom de siste årene styrket. Midlene har gått til osteoporoseforskning, alvorlige spiseforstyrrelser og sosial ulikhet i kvinners helse (HUNT) i Norges Forskningsråd, samt psykisk helse og gjennomføringen av Den norske mor og barn undersøkelsen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helse Sør RHF har i 2006 etablert et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Senteret vil ha særskilte oppgaver innen forskning, kompetanseoppbygging, rådgivning og formidling av kunnskap om kvinnehelse.

Andre tiltak for å bedre kvinners helse er presentert gjennom strategier for henholdsvis kreft og diabetes, handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap (2004–2008), faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd og opptrappingsplan for psykisk helse.